

CA9  
PH  
-2007  
C17

Health  
Canada

Agence de la santé  
publique du Canada

# Canadian Street Youth and Substance Use



Findings from Enhanced Surveillance  
of Canadian Street Youth, 1999–2003



3 1761 11708473 1

Canada

Our mission is to promote and protect the health of Canadians through leadership, partnership, innovation and action in public health.

*Public Health Agency of Canada*

To obtain additional copies, please contact:

Canadian HIV/AIDS Information Centre

400-1565 Carling Avenue

Ottawa, ON K1Z 8R1

Tel: (613) 725-3434

Fax: (613) 725-1205

Toll-Free: 1-877-999-7740

E-mail: [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca)

Website: [www.aidssida.cpha.ca](http://www.aidssida.cpha.ca)

This publication can be made available on request on alternative formats upon request.

This publication is also available on the internet at the following address:

[www.publichealth.gc.ca/sti](http://www.publichealth.gc.ca/sti)

This report was produced with financial support from and in collaboration with the Office of Research and Surveillance, Drug Strategy and Controlled Substances Programme, Health Canada.

# Canadian Street Youth and Substance Use

---

**Findings from Enhanced Surveillance  
of Canadian Street Youth, 1999–2003**



# Table of Contents

<b>Executive Summary.</b>	<b>iii</b>
Key Findings.	iii
<b>1 Introduction</b>	<b>1</b>
1.1 Purpose.	1
<b>2 Methods</b>	<b>2</b>
2.1 Analysis	2
2.1.1 Analysis Terms	2
2.2 Laboratory Methods	3
2.3 Limitations	3
<b>3 Demographic Profile of E-SYS Participants</b>	<b>4</b>
<b>4 Substance Use</b>	<b>5</b>
4.1 Smoking	5
4.2 Alcohol Use.	7
4.3 Recent Alcohol Intoxication	9
4.4 General Drug Use Patterns	10
4.5 Non-Injection Drug Use	11
4.6 Injection Drug Use	13
4.6.1 Injection Drug Use and Hepatitis C	18
<b>5 Sexual Behaviours and STIs.</b>	<b>19</b>
<b>6 Implications</b>	<b>21</b>
<b>7 Conclusions</b>	<b>23</b>
<b>8 References</b>	<b>24</b>

# Illustrations

## List of Tables

Table 1. Overview of socio-demographic characteristics of street youth in E-SYS. . . . .	4
Table 2. Characteristics of street youth with and without a history of injection drug use (2003) . . .	14
Table 3. Sexual history of street youth with and without a history of injection drug use (2003). . .	20

## List of Figures

Figure 1. Everyday and occasional smoking among street youth . . . . .	5
Figure 2. Everyday smoking in street youth by age group and gender. . . . .	6
Figure 3. Proportion of smokers in youth aged 15 to 24 in CTUMS and E-SYS . . . . .	6
Figure 4. Alcohol use in the previous 3 months among street youth by age category . . . . .	8
Figure 5. Intoxication in the previous 3 months among street youth who reported drinking in the previous 3 months (2001 and 2003) . . . . .	9
Figure 6. Drug use patterns among street youth . . . . .	10
Figure 7. Exclusive use of drugs by non-injection among street youth . . . . .	11
Figure 8. Most commonly used non-injection drugs in the previous 3 months among street youth who reported using non-injection drugs (2001 and 2003) . . . . .	11
Figure 9. Non-injection drug use behaviour in the previous 3 months among street youth (1999 and 2001) . . . . .	12
Figure 10. Injection drug use among street youth . . . . .	13
Figure 11. Most commonly used injection drugs in the previous 3 months among street youth (2003). . . . .	16
Figure 12. Most commonly used injection drugs in the previous 3 months among street youth who injected drugs (2001 and 2003) . . . . .	16
Figure 13. Injection drug use behaviour in the previous 3 months among street youth . . . . .	17
Figure 14. Street youth who reported using treatment services to quit injection drug use . . . . .	17
Figure 15. Rates of hepatitis C virus infection among street youth . . . . .	18
Figure 16. Sexual behaviours in the previous 3 months among street youth who reported drug use (injection and non-injection) (2001 and 2003). . . . .	19



# Executive Summary

Substance use is common among street youth. The prevalence of smoking, alcohol use and intoxication, drug use, and drug-use risk behaviours is much higher among street youth than in the general youth population.<sup>1</sup> Despite the detrimental health, psychological and social consequences of substance abuse, it continues to persist in street youth populations, because the challenges of meeting immediate daily needs are considered more pressing than preoccupation with health risks.<sup>2,3</sup>

This report is intended to provide more information on substance use in street youth and is based on Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth (E-SYS), a national, multicentre sentinel surveillance system that monitors rates of sexually transmitted infections and blood-borne infections, behaviours and risk determinants in Canada's street youth population. Key findings from 1999, 2001 and 2003 are presented.

## Key Findings

- Smoking rates are very high among street youth. Approximately 80% of street youth reported smoking about half a pack of cigarettes daily. Females averaged 14 to 16 cigarettes per day, while males averaged 16 to 18 cigarettes per day.
- Alcohol use is common among street youth. In 2003, about 76% reported consuming alcohol in the 3 months prior to the interview; about 5% of street youth reported drinking daily.
- Approximately 40% of street youth who drank alcohol reported recent alcohol intoxication.
- Street youth who reported using one substance were more likely to report using other substances (polydrug use).
- Rates of non-injection drug use are extremely high; 95% of youth reported ever using drugs by means other than injection. Marijuana was the most commonly used non-injection drug.
- Rates of injection drug use are also high. About 20% of street youth reported injection drug use in their lifetime. Cocaine was the most commonly injected drug.
- About 31% of street youth reported not always using clean injection equipment.
- Approximately 22% of non-injection drug users and 37% of injection drug users reported that they had quit using drugs.
- Among those who reported quitting drug use, half of the non-injection drug users and close to a third of injection drug users quit drugs using treatment services.

It is widely recognized that conventional treatment approaches and mainstream programs are not effective with street youth. As such, alternative integrated approaches to developing and implementing intervention programs for this marginalized population are necessary. Likewise, multifaceted gender-based initiatives aimed at addressing the broader determinants of health issues are imperative, rather than single-issue public health interventions, which are unlikely to address the root causes of substance use and associated risk behaviours.

For further information please contact:

Surveillance and Epidemiology Section

Community Acquired Infections Division

Centre for Infectious Disease Prevention and Control

Public Health Agency of Canada

Jeanne Mance Building, AL 1906B

Ottawa, ON K1A 0K9

Fax: (613) 941-9813





# 1. Introduction

---

Experimenting with tobacco, alcohol and drugs may be part of the transition to adulthood for some youth, but for others, particularly street youth, experimentation often leads to substance use problems over time, possibly due to a perceived need for substance use to cope with life on the street.

Many studies have examined substance use and risky sexual behaviours and their impact on the health of street youth,<sup>1-8</sup> and they have all shown that substance use is more prevalent among street youth than it is in the general youth population.<sup>1-8</sup> A myriad of constantly changing factors, including parental abuse, peer and social pressures, curiosity, genetic vulnerability, individual personality characteristics, environmental stressors and others have been suggested as reasons for substance use.<sup>1</sup>

Drug-using populations may have a higher risk of contracting and transmitting both sexually transmitted infections (STIs) and blood-borne infections (BBIs), as they tend to engage in high-risk sexual behaviours due to the influence of the substances they use.<sup>9,10</sup> It has been argued that drug use is often an important determinant or correlate of sexual risk behaviours.

The short- and long-term health, psychological and social consequences of substance use are many and may include higher morbidity and premature death due to the presence of chronic conditions such as hepatitis C or HIV/AIDS, as well as increased prevalence of injuries, suicidal tendencies, psychosis, theft and violent crime. The costs associated with health care utilization and the criminal justice system are other important societal burdens.

Information regarding substance use patterns of Canadian youth often relies on student surveys, but while these surveys can provide a general overview of youth substance use patterns, they often do not include youth who are in institutions or have dropped out of school, or those who are at high risk or already involved in substance use.<sup>1</sup>

Available information shows that compared to youth in the general population, street youth are 11 times more likely to die of drug overdose and suicide.<sup>6</sup> Another study in Montreal found that almost half (45.8%) of the street youth in that city had injected drugs.<sup>7</sup> Clearly the youth populations most at risk of substance use may be missed by population-based telephone surveys or school-based student drug use surveys. Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth (E-SYS) is attempting to reach this population and obtain information about street youth to complement the general portrait of youth substance use in Canada.

## 1.1 Purpose

The information presented in this report is based on E-SYS. It is hoped that the insights garnered will help in attaining the following goals:

- Identifying trends in substance use among street youth.
- Identifying the demographic and social factors associated with substance use among street youth.
- Identifying potential risk factors associated with substance use among street youth.





## 2. Methods

**E**nhanced Surveillance of Canadian Street Youth is a multicentre sentinel surveillance system that monitors rates of STIs and BBIs, behaviours and risk determinants in the Canadian street youth population through repeated surveys accompanied by biological sampling (blood and/or urine testing). A pilot project launched in October 1998 (Phase I) investigated the feasibility of studying the street youth population. Since then, data collection has been conducted in large urban centres across Canada biannually, starting in 1999 (Phase II) and continuing in 2001 (Phase III) and 2003 (Phase IV).

In Phase II, the recruitment of youth involved informal snowball sampling methods, a method shown to be effective for hard-to-reach populations.<sup>12</sup> Participants were recruited through drop-in centres and outreach work. For the purposes of the behavioural surveys, the inclusion criteria were that respondents: (a) were between 15 and 24 years of age; (b) were able to speak either French or English; and (c) had, in the previous 6 months, been absent from their residence for at least 3 consecutive nights; run away from home (or another place of residence) for 3 days or more; been thrown out of their home for 3 days or more; or been without a fixed address for 3 days or more.

There were two interviewer-administered questionnaires. The first consisted of questions on demographics, lifestyle, sexual practices, attitudes about and knowledge of risk behaviours, and family history. In addition to completing the questionnaire, consenting youth were asked to provide urine and blood samples. If necessary, a second questionnaire about barriers to partner notification was administered as a follow-up for those whose urine or blood sample tested positive for STIs or BBIs. Phases III and IV of the study followed the same methodology as Phase II. Youth were permitted to participate in the survey only once during each data collection year. A total of 4728 street youth were recruited over the three phases of data collection: 1645 in 1999, 1427 in 2001 and 1656 in 2003.

### 2.1 Analysis

Data were analyzed using SAS Statistical Software (version 8, SAS Institute, Carey, NC). Chi-square statistics were used to compare distributions across demographic factors. A two-tailed  $p$  value of  $<0.05$  was defined as statistically significant for univariate analysis. Further multivariate analyses using logistic regression models were conducted, with a  $p$  value of  $<0.10$  defined as statistically significant, to select independent factors associated with specified outcomes.

For more detailed information, please refer to the methodology section of the 2006 Public Health Agency of Canada report *Street Youth in Canada: Findings from Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth 1999–2003*.<sup>13</sup> For the purposes of this report, younger youth are defined as those 15 to 19 years of age, while older youth are defined as those 20 to 24 years of age.

#### 2.1.1 Analysis terms

**Univariate analysis** examines the relation of one independent variable to the outcome variable of interest, without taking other potential independent variables into account. In this report, univariate analysis was conducted using the chi-square test for heterogeneity.

**Statistically significant relationships** in univariate analyses are defined by a  $p$  value  $<0.05$  and are denoted by § in this report.



**Multivariate analysis** examines numerous factors or variables simultaneously; that is, it examines the relation of each independent variable to the outcome variable of interest while controlling for other variables. Logistic regression analysis was employed for multivariate analysis.

**Independent associations** were determined by multivariate analysis. They are denoted by ¶ in this report. Variables found to be significantly associated with outcomes of interest in univariate analysis were included in multivariate analysis and were as follows: age; sex; previous STIs; age at initiation of sexual activity; number of sexual partners over lifetime; having been in jail, foster care, and/or group homes; having been assigned to a social worker; having had unwanted sex; having been expelled from school; having dropped out of school; and perceived risk of contracting STIs.

## 2.2 Laboratory Methods

A polymerase chain reaction (PCR) test was used to detect *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* (Roche Amplicor). Herpes simplex virus (HSV) antibody was screened using an HSV I/II enzyme immunoassay (EIA) (Meridian); repeatedly reactive and discordant results on EIA were confirmed by type-specific line immunoassay (MRL Diagnostics). Hepatitis C virus (HCV) antibody was screened using an EIA (Ortho HCV 3.0); repeatedly reactive results on EIA were confirmed by recombinant immunoblot assay (RIBA) (HCV 3.0 RIBA). PCR testing was used to detect recent seroconversion if the RIBA (v3) result was indeterminate. Testing was also done for hepatitis B virus (HBV) serology markers (antibodies to HBV surface antigen and core antigen). Syphilis testing was performed using serological testing (rapid plasma reagent [RPR]/Venereal Disease Research Laboratory [VDRL]) followed by confirmatory testing (fluorescent treponemal antibody absorption [FTA-ABS]/[microhemagglutination assay–*Treponema pallidum* [MHA-TP]]).

## 2.3 Limitations

E-SYS has several limitations that should be noted.

- First, it is cross-sectional in design. As is the case for all cross-sectional research, it does not allow causality to be established.
- Second, the sample is limited to seven urban centres across Canada. This could be viewed as both a strength and limitation. It is a strength in that it documents the presence and the plight of street youth in cities, where they are most often situated. The limitation is that the findings may not be applicable to other geographic areas or to less populated areas.
- Third, the recruitment of youth involved informal snowball sampling methods; the study was well advertised and news of it passed verbally to potential participants without the use of specific geographic sampling frames or direct linked referrals. While this technique has been shown to be effective in hard-to-reach populations such as street youth, it could result in a selection bias.
- Finally, findings were based on self-reported data. As such, veracity of the information provided could not be established except for specific STIs and BBIs, for which blood or urine testing was performed. Also, street youth in this sample may have been reluctant to report socially undesirable behaviours such as unprotected sex, commercial sex trade work or injection drug use.



### 3. Demographic Profile of E-SYS Participants

Table 1. shows selected demographic characteristics of the street youth population for the survey years.

Table 1. Overview of socio-demographic characteristics of street youth in E-SYS

Demographics <sup>a</sup>	1999 (N <sup>b</sup> = 1645)	2001 (N = 1427)	2003 (N = 1656)
<b>Gender</b>			
Male	61.7	56.6	62.9
Female	38.3	43.4	37.1
<b>Mean age (years)</b>	18.9	19.0	19.7
<b>Age Category</b>			
15–19 years	63.5	68.0	56.9
20–24 years	36.5	32.0	43.1
<b>Place of birth</b>			
In Canada	92.2	92.9	91.9
Outside Canada	7.9	7.1	8.1
<b>Ethnic origin<sup>c</sup></b>			
Aboriginal <sup>d</sup>	27.7	33.6	36.3
Caucasian	63.3	60.1	59.5
African/Black	4.3	4.2	5.3
Others	8.5	8.5	7.0

<sup>a</sup>Data are % unless otherwise indicated.

<sup>b</sup>N=denominator (number of youth recruited).

<sup>c</sup>Youth were allowed to report more than one ethnic origin; therefore, total percentages may add up to more than 100%.

<sup>d</sup>Aboriginal includes First Nations, Métis, Inuit and other Native peoples.

There were more male participants, with a ratio of approximately 2 males to 1 female in all survey years. The age of street youth ranged from 15 to 24 years, with an average of approximately 19 years across all years of recruitment. Fewer than 10% of study participants reported being born outside of Canada. Youth were of varied ethnic backgrounds, with about 60% overall reporting Caucasian origins and about 30% reporting Aboriginal ethnicity; about 12% reported African, Asian, Middle Eastern and other ethnicities.





## 4. Substance use

### 4.1 Smoking

Smoking, a highly addictive habit, is among the leading causes of premature death and morbidity worldwide.<sup>14</sup> Cigarettes kill half of all lifetime users, and tobacco kills more than AIDS, legal and illegal drugs, road accidents, murder and suicide combined.<sup>14</sup> Each year in Canada over 45 000 people die from tobacco-related causes (this includes those exposed to second-hand smoke).<sup>15</sup> Smoking is a major cause of respiratory disease, cancer and circulatory disease. It also has an enormous burden on society, directly and indirectly, in terms of lost economic productivity and health care expenditure.<sup>15</sup>

Consistently throughout the three phases of data collection, about 80% of youth reported smoking cigarettes every day. As Figure 1 shows, the proportion of youth who reported smoking daily was very high (84.3% in 1999, 82.5% in 2001 and 78.8% in 2003). The proportion of youth who reported smoking occasionally was 5.7%, 7.2% and 9.2% in 1999, 2001 and 2003, respectively. There were no major differences by age group or gender in the proportions of street youth who reported smoking every day (Figure 2).

Figure 1. Everyday and occasional smoking among street youth

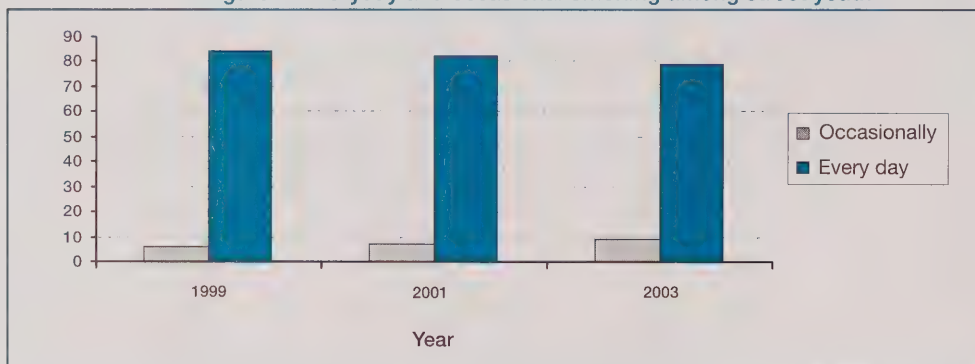


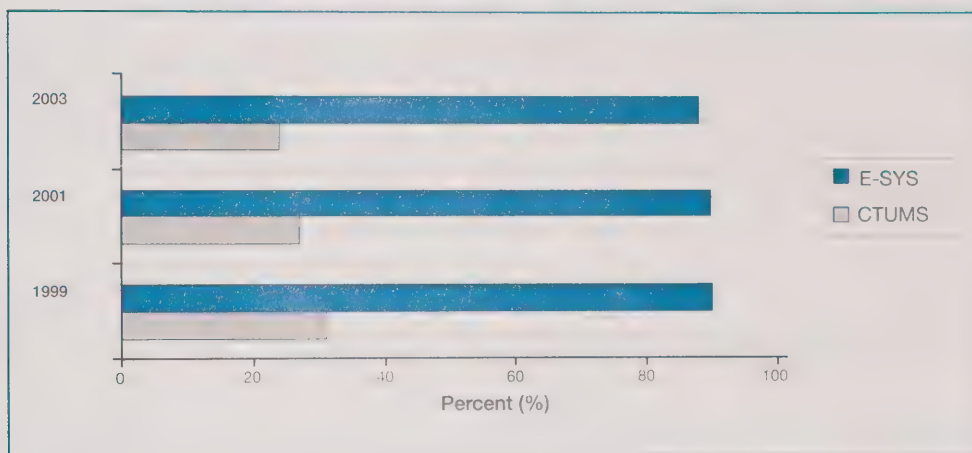
Figure 2. Everyday smoking in street youth by age group and gender



Based on 1999 and 2001 data (the question was not asked in 2003), street youth smoked approximately 15 cigarettes per day (females 14 to 16 and males 16 to 18 cigarettes per day); about 72% of smokers smoked more than 10 cigarettes daily.

Figure 3 compares the proportion of smokers among street youth (E-SYS) vs. the general youth population. The Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS)<sup>16</sup> is a general population survey that tracks smoking status and amount smoked, especially among those 15 to 24 years old, the age group at most risk of taking up smoking. It shows that overall, the proportion of smokers among youth aged 15 to 24 has dropped to 24% in 2003 from 31% in 1999. Likewise, the Ontario Student Drug Use Survey (OSDUS),<sup>17</sup> the longest ongoing provincial survey of student drug use in Canada, reported that smoking rates among students in Ontario are currently on a downward trend. In the general population, youth aged 15 to 19 years reported consuming an average of 11.6 cigarettes per day, with males on the average smoking 2.2 more cigarettes daily (13.8) than their female counterparts (11.6). In contrast, E-SYS has found that rates of smoking among street youth have remained consistently high.

**Figure 3. Proportion of smokers in youth aged 15 to 24 in CTUMS and E-SYS**



CTUMS=Canadian Tobacco Use Monitoring Survey  
E-SYS=Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth

As seen in the literature, factors associated with youth tobacco use include low socioeconomic status; use and approval of tobacco use by peers or siblings; smoking by parents or guardians; accessibility, availability and price of tobacco products; perception that tobacco use is normative; lack of parental support or involvement; low levels of academic achievement; lack of skills to resist influences to tobacco use; lower self-image or self-esteem; belief in functional benefits of tobacco use; and lack of self-efficacy to refuse offers of tobacco.<sup>18,19</sup> For street youth recruited in E-SYS, having been in jail or in a detention centre and having been expelled from school or having dropped out of school were important factors<sup>5</sup> predicting smoking.

## 4.2 Alcohol Use

Alcohol abuse, including binge drinking, is a significant substance abuse problem and a major health and social concern. Alcohol produces a strong dose-response effect, depending on individual characteristics. Continuous and excessive use of alcohol can lead to a variety of serious adverse short- and long-term health conditions, such as alcohol poisoning, cirrhosis of the liver, kidney failure, depression, and impaired judgment leading to vehicular fatalities and alcohol related hospitalizations, among others.<sup>20,21</sup>

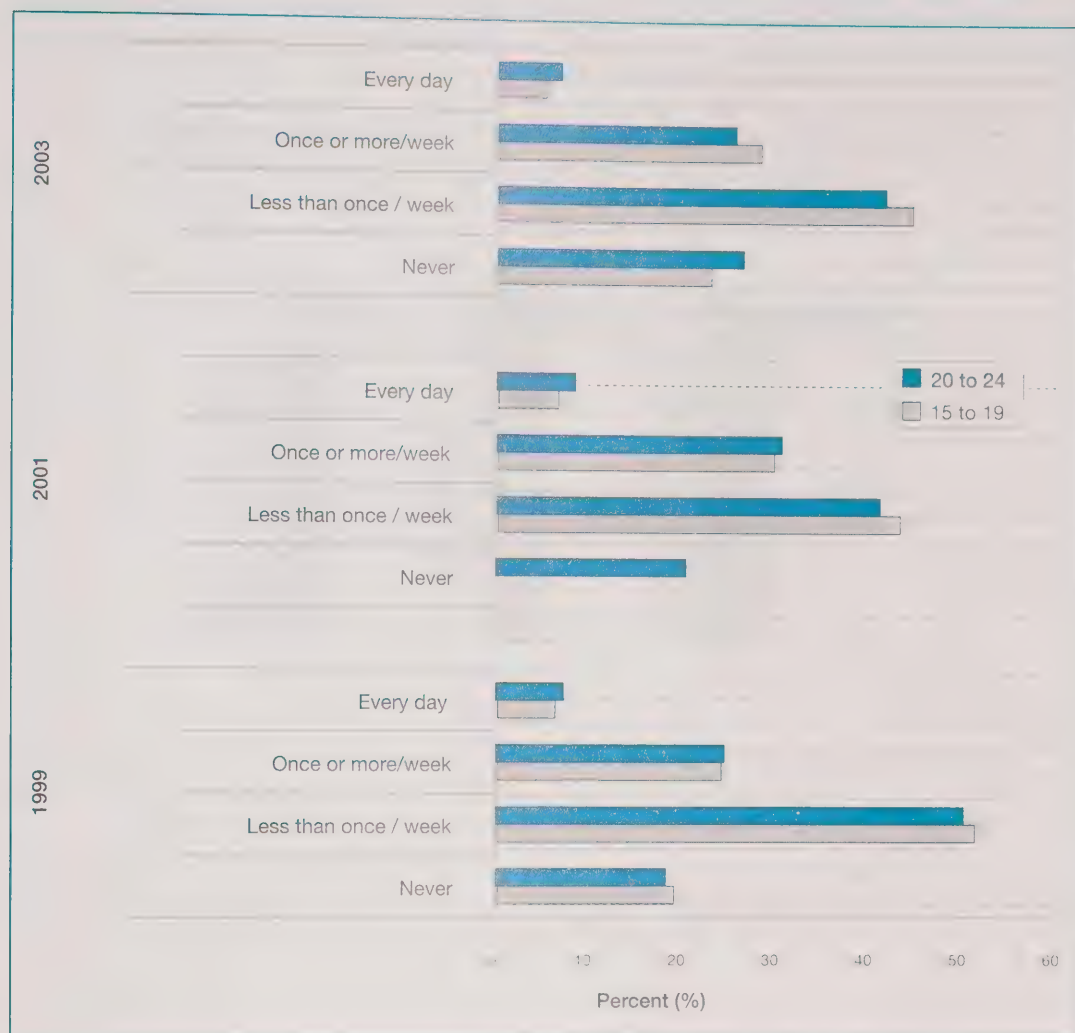
Numerous studies exist on the risk factors or predictors of alcohol use and abuse in youth.<sup>1,2,9-11,22-30</sup> Most of these studies suggest that the reasons why adolescents use alcohol are complex but may include curiosity, a need to fit in with friends and a desire to relax and escape problems. Other important risk factors common to all substance abuse and addiction issues are peer risk behaviour and parental and peer influences. Peer risk behaviour reflects attitudes and decisions about involvement in substance use. Parents' drinking behaviour and favourable attitudes about drinking or the use of drugs are associated with adolescents' initiating and continuing drinking.<sup>24-28</sup> Early initiation of drinking has been identified as an important risk factor for later alcohol-related problems.

In the 12 months prior to the Canadian Addiction Survey, 79.3% of Canadians aged 15 or older reported alcohol consumption, 14% were former drinkers (those who had consumed alcohol in their lifetime but not in the past 12 months) and 7% were lifetime abstainers (had never consumed alcohol in their lifetime). Among youth 15 to 24 years of age, 83% were current drinkers, 8% were former drinkers and 9% were abstainers. Among current drinkers aged 15 to 24, 13.8% reported heavy drinking (five or more drinks on a single occasion) at least once a week, and 46.0% reported this pattern of drinking at least once a month.<sup>22</sup>

The proportion of street youth in E-SYS who reported consuming alcohol in the 3 months prior to the interview was 80.6% in 1999, 79.1% in 2001 and 75.7% in 2003. Over 30% of street youth reported drinking at least once a week in the 3 months prior to the study. About 5% of youth reported drinking every day in all cycles of the survey. The proportion of non-drinkers ranged from 18.6% in 1999 to 24.2% in 2003. A greater proportion of female street youth self-reported as being non-drinkers or occasional drinkers; this proportion remained consistent across survey years. As shown in Figure 4, the frequency of drinking was fairly similar in younger and older street youth across the survey period.



Figure 4. Alcohol use in the previous 3 months among street youth by age category

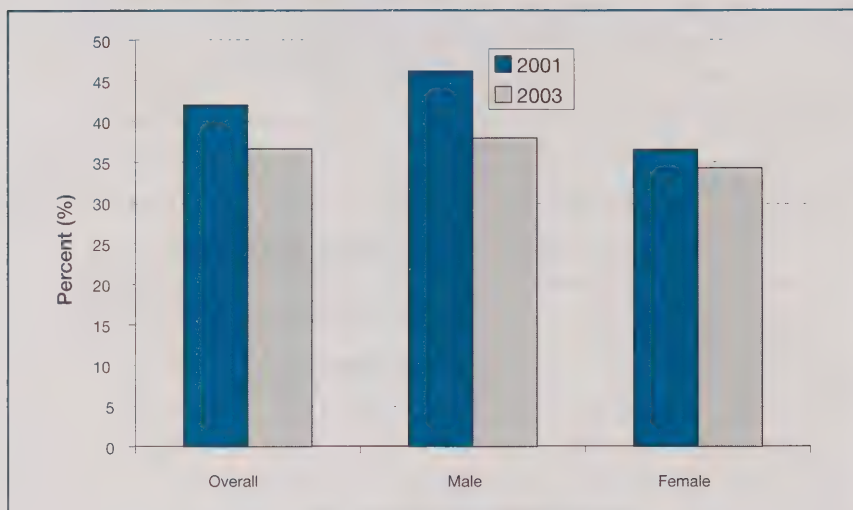


Factors significantly<sup>S</sup> associated with drinking for street youth include experiencing sexual and other types of abuse; involvement in the sex trade; having been in jail or a detention centre; and having been expelled from or dropped out of school.

### 4.3 Recent Alcohol Intoxication

Recent alcohol intoxication is captured in E-SYS as being “drunk” 1 or more days in the previous 3 months. Overall, among current drinkers, the proportion of street youth who reported recent intoxication was 42.0% in 2001 and 36.6% in 2003 (Figure 5).

Figure 5. Intoxication in the previous 3 months among street youth who reported drinking in the previous 3 months (2001 and 2003)



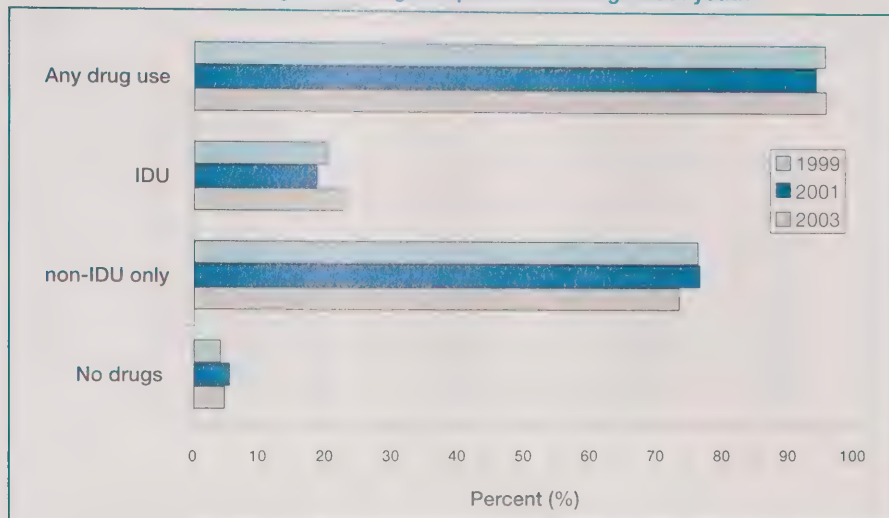
In 2003, male street youth were more likely than females to report recent intoxication (37.9% vs. 34.2%). The proportion of street youth who reported having sex after recent intoxication was consistently high (approximately 59%) in all phases of E-SYS data collection.

Risk factors significantly<sup>s</sup> associated with recent intoxication in street youth in 2001 and 2003 include having been expelled from or dropped out of school; having experienced any type of abuse; involvement in the sex trade; and having been in jail or a detention centre.

## 4.4 General Drug Use Patterns

Results from E-SYS show that the proportion of street youth who reported ever using any type of drugs is very high (Figure 6). The combined proportion of overall drug use in this category was 95.2%, 93.8% and 95.3% in 1999, 2001 and 2003, respectively. Only a small proportion of youth reported never using any type of drugs. Furthermore, it was also evident that of those youth who used drugs by means of injection, the majority also used other drugs by non-injection means.

Figure 6. Drug use patterns among street youth



IDU=injection drug use

With respect to youth in the general population, the Canadian Addiction Survey<sup>22</sup> (2004) revealed that about 37% of youth aged 15 to 24 years reported having used cannabis/hash in the previous 12 months and 61% reported having done so in their lifetime. It was also reported that cannabis (marijuana) was the most commonly used drug, and males were more likely to use it.

Similarly, the OSDUS<sup>17</sup> describes changes in rates of substance use among youth in the 1980s, 1990s and currently. The results show that the usage rate for inhalants, cannabis hallucinogens other than LSD or PCP, and ecstasy decreased during the 1980s, increased during the 1990s and is currently stable at elevated rates. LSD use also decreased during the 1980s and increased during the 1990s but is currently showing downward trends. Cocaine use, and to a lesser extent crack, decreased in the 1980s and showed upward trends during the 1990s, while heroin, PCP and methamphetamine use have been at low and stable rates over time.



## 4.5 Non-Injection Drug Use

E-SYS revealed that the exclusive use of drugs by non-injection means (e.g. crack, cocaine, ecstasy or crystal meth but excluding alcohol and tobacco) has remained consistently high over the duration of the study (more than 70% in 2003) (Figure 7). The most commonly used drug in the previous 3 months by street youth who reported using drugs by routes other than injection was marijuana (Figure 8). Males were more likely to report marijuana use.

Figure 7. Exclusive use of drugs by non-injection among street youth

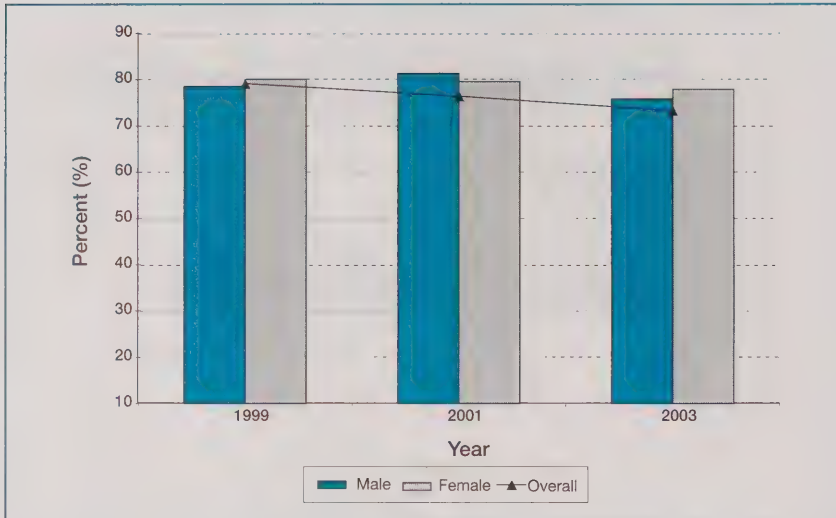
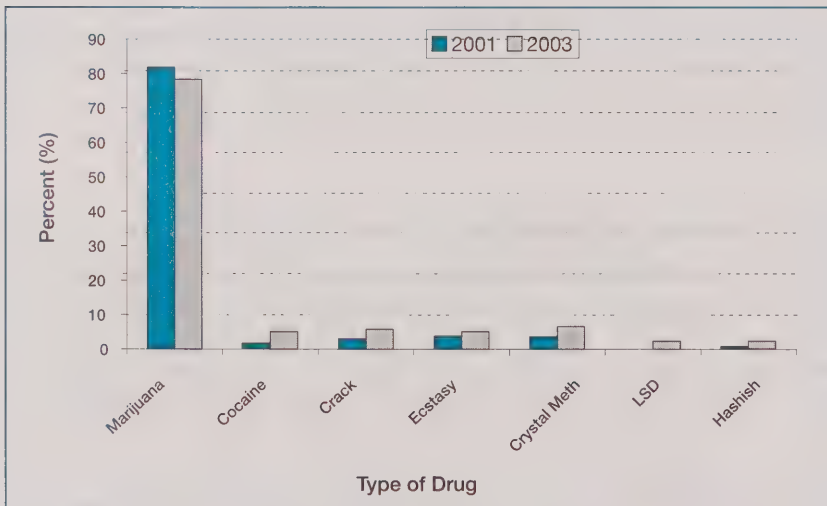


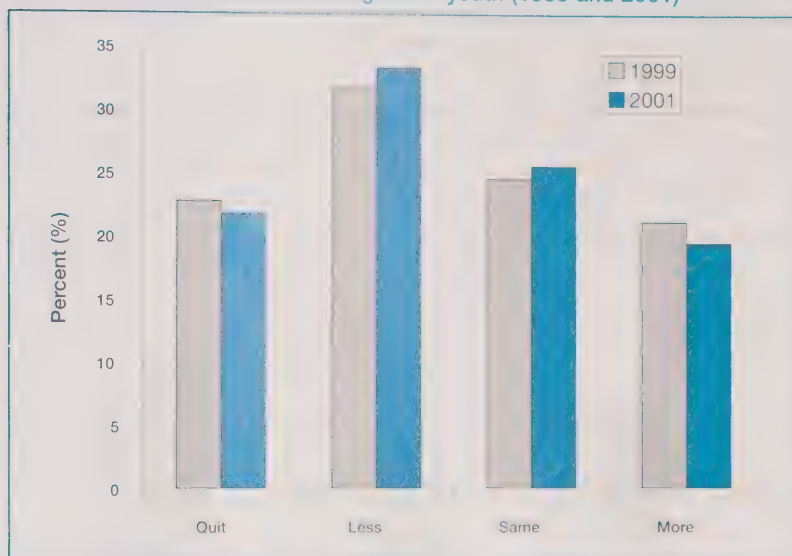
Figure 8. Most commonly used non-injection drugs in the previous 3 months among street youth who reported using non-injection drugs (2001 and 2003)\*



\*Youth were allowed to report more than one drug; percentages therefore exceed 100%. They could also use any number of names for drugs (including street names).

Figure 9 provides information on non-injection drug use patterns in street youth in 1999 and 2001. Overall, approximately 22% of non-injection drug users reported that they had quit using drugs in the 3 months prior to the interview. Half of those who quit reported doing so using drug treatment services.

**Figure 9. Non-injection drug use behaviour in the previous 3 months among street youth (1999 and 2001)\***



\*Question not asked in 2003.

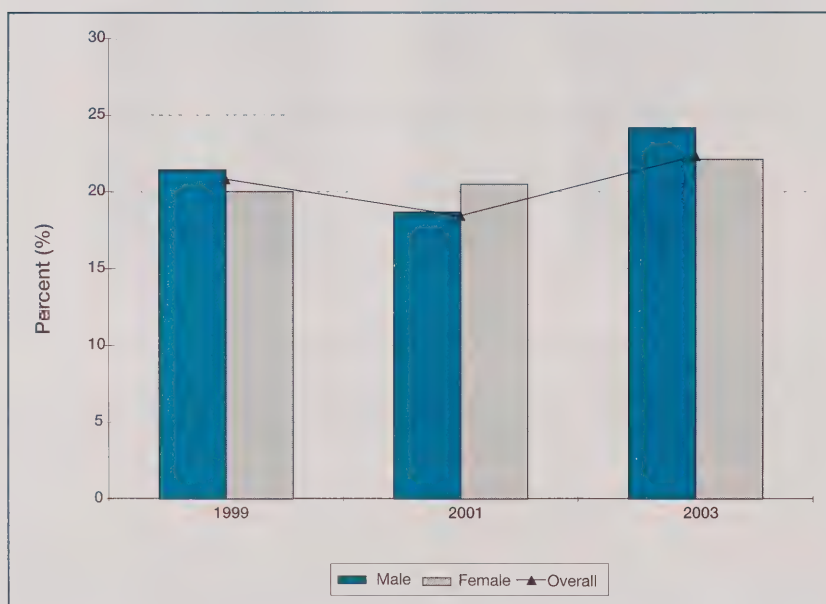
Risk factors associated with an elevated likelihood of reporting drug use by means other than injection include ever having a social worker; ever living in a group or foster home; being expelled from school; and ever being in a jail or detention centre. Street youth who had contact with either parent in the 3 months prior to the study were less likely to report non-injection drug use than those with no parental contact. Experiencing abuse was not significantly associated with non-injection drug use; neither was the mother's or father's own injection drug use. There also seems to be a relationship between the length of time spent on the street and the types of drugs used.

## 4.6 Injection Drug Use

The use of drugs by injection represents a major and increasingly important public health challenge. The general resurgence of drug use in youth and the emergence of injection drug use as a major risk factor for HIV, hepatitis viruses and other blood-borne pathogens are the main reasons for this conundrum.<sup>31</sup> Although injection drug use ultimately impacts all of Canadian society, some sections of the population are disproportionately affected.<sup>30,31,32</sup> Aboriginal Canadians, homeless people, incarcerated populations and street youth are the main high-risk groups when it comes to injection drug use.<sup>1</sup>

E-SYS results show that about 20% of street youth reported ever using injection drugs (20.8% in 1999, 18.4% in 2001 and 22.3% in 2003; Figure 10). There were significant<sup>§</sup> differences between street youth who injected drugs and those who did not, as shown in Table 2.

Figure 10. Injection drug use among street youth





**Table 2: Characteristics of street youth with and without a history of injection drug use (2003)**

<b>Characteristic</b>	<b>Ever IDU %*† n=370</b>	<b>Never IDU %*† n=1291</b>
<b>Age</b>		
15-19 years	40	62
20-24 years	60	38
Permanently dropped out of school	52	38
Permanently expelled from school	46	35
Not living with parents/caregivers because of abuse/neglect	60	52
Not living with parents/caregivers for at least 1 year	82	62
In contact with parent/caregiver in past 3 months	77	83
Hanging out more than 40 hours/week	61	44
Parents/caregivers characteristics* <sub>Δ</sub> :		
Hit/assault one another	47	38
Father ever injected drugs	23	14
Mother ever injected drugs	21	12
Mother and father ever injected drugs	11	5
Main theme of most arguments:		
Youth's drug/alcohol use	14	9
Parent's drug/alcohol use	15	8
Youth ever lived on the streets all the time	80	62
Ever had a social worker	78	68
Ever been in foster care	52	40
Ever been in a group home	54	45
Ever been in a detention centre, prison, or jail	84	56
Ever had a probation officer	73	51
Any illicit income over past 3 months (includes sex trade, stealing and selling drugs)	71	40
Primarily illicit income over past 3 months	45	19
Recent alcohol intoxication in past 3 months	38	25
Ever use non-injection drugs	99	94

Characteristic	Ever IDU %*† n=370	Never IDU %*† n=1291
†Non-Injection drugs used most often in the past three months:		
Crystal methamphetamine	18	6
Cocaine	11	5
Crack	14	5
Heroin	4	2
Ketamine	4	2
Speed	4	1

IDU=injection drug use

\*Percentages are based on the number of non-missing observations.

†Percentages are significantly different at a p value of <0.05.

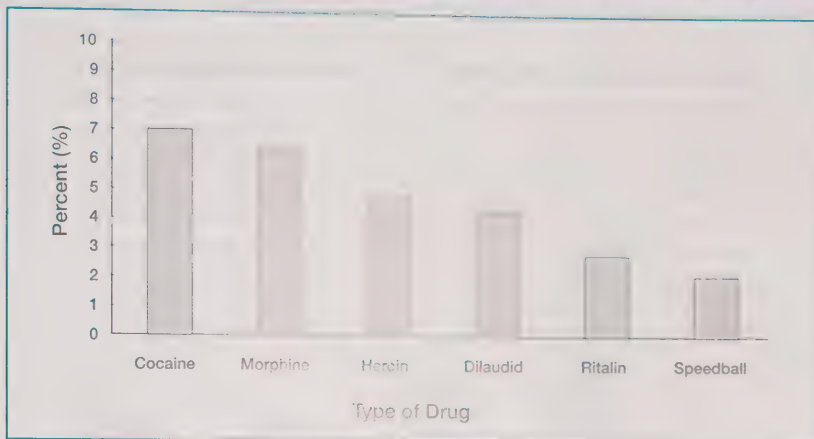
ΔCharacteristic has non-mutually exclusive categories.

Compared to street youth who had never injected drugs, injection drug users were older, more likely to be born in Canada and more likely to have permanently dropped out of school. In addition, parents or caregivers of injection drug users were more likely to be physically violent and to inject drugs themselves, with the main theme of most family arguments being drug and alcohol use. Drug-injecting youth were less likely to be living with their parents or caregivers because of abuse or neglect and were less likely to have contacted their parents in the previous 3 months.

Furthermore, and consistent with a more adverse family situation, injection drug users were more likely to have had a social worker, been in foster care, lived in a group home and lived full-time on the streets. They also reported more criminal behaviour, with 84% spending at least one night in a detention centre, prison or jail and 71% reporting illicit income sources such as the sex trade, stealing and selling drugs.

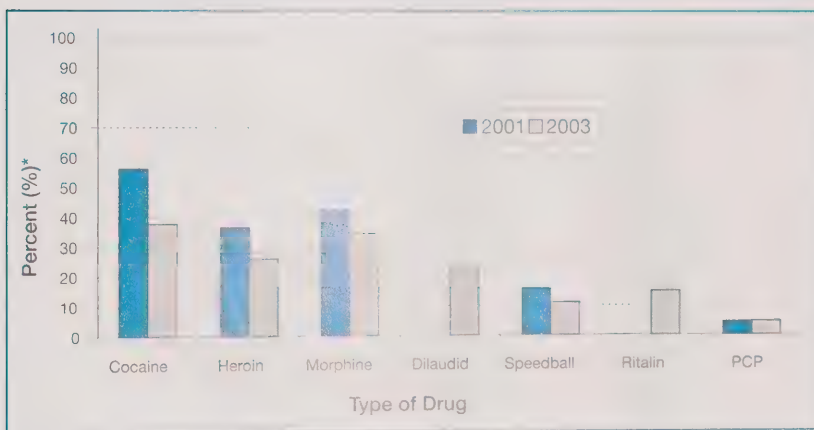
A greater proportion of injection drug users reported recent alcohol abuse and sex during binge drinking. Injection drug users were also more than twice as likely to report using crystal methamphetamine, cocaine, crack, heroin, ketamine and/or speed over the 3 months prior to the interview.

Figure 11. Most commonly used injection drugs in the previous 3 months among street youth (2003)



Despite variations in the most commonly injected drugs during the survey years, overall some of the most commonly injected drugs among youth were cocaine, heroin, morphine and speedballs (cocaine and heroin decreasing (Figures 11 and 12)). In 2003, about 31% of injection drug users reported that they had borrowed injection equipment.

Figure 12. Most commonly injected drugs in the previous 3 months among street youth who injected drugs (2001 and 2003)

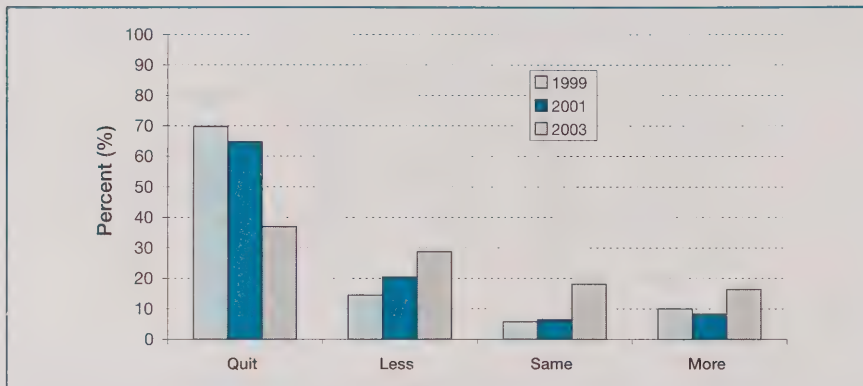


\*Youth were allowed to report injecting more than one drug; percentages therefore exceed 100%.

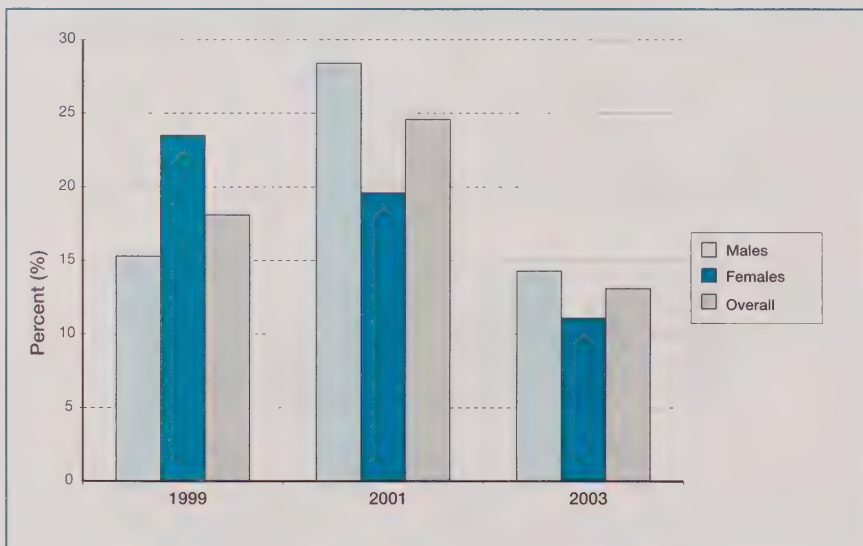


In 2003, nearly 40% of injection drug users reported that they had quit injecting drugs (Figure 13). Of these, 13% quit injecting drugs using drug treatment services (Figure 14).

**Figure 13. Injection drug use behaviour in the previous 3 months among street youth**



**Figure 14. Street youth who reported using Treatment services to quit Injection drug use 2001**



When comparing injection drug users to non-injection drug users or youth who reported no drug use of any type in multivariate analysis, independent risk factors<sup>†</sup> for injection drug use were age, sex, having ever been in jail, dropping out of school, leaving home because of abuse, having a mother who injected drugs, ever living on the street and amount of time spent on the street.

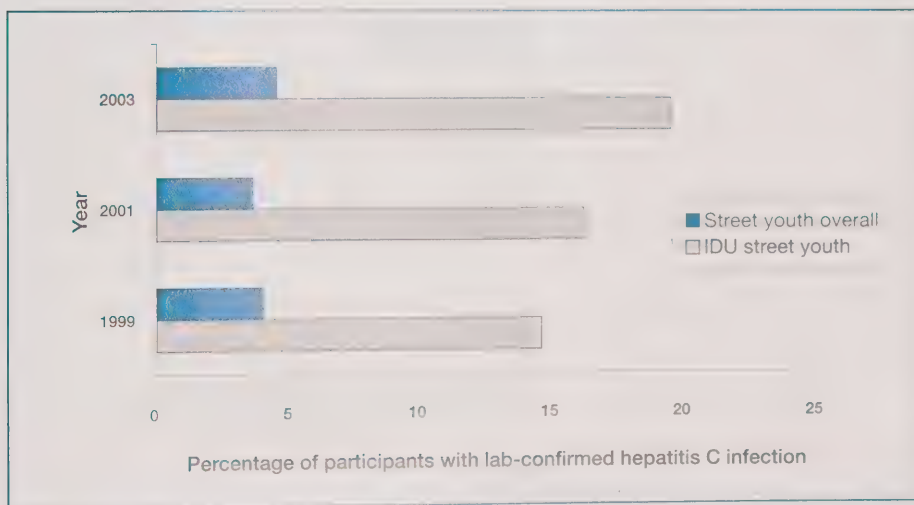
In all survey years, older youth were at least nine times more likely to report using injection drugs than younger youth, and youth who used injection drugs were at least 15 times more likely to report that they had been in jail or a detention centre compared to non-injection drug users or youth who used no drugs at all.

In 1999, significant predictors<sup>†</sup> of injection drug use were dropping out of school, leaving home because of abuse, ever living on the street and having a mother who injected drugs. In 2001 and 2003, youth who had spent 4 or more weeks on the street in the previous month were also more likely to report injecting drugs than youth who had spent 1 day or 1 week on the street.

#### 4.6.1 Injection drug use and hepatitis C

Injection drug use is significantly<sup>†</sup> associated with hepatitis C virus (HCV) infection. Figure 15 shows that the rate of HCV infection is about 4-5 times higher in street youth who reported injecting drugs compared to street youth overall. High-risk behaviours such as sharing injection equipment and having sex without protection are some of the reasons for the high rates of HCV infection in injection drug users.

Figure 15. Rates of hepatitis C virus infection among street youth





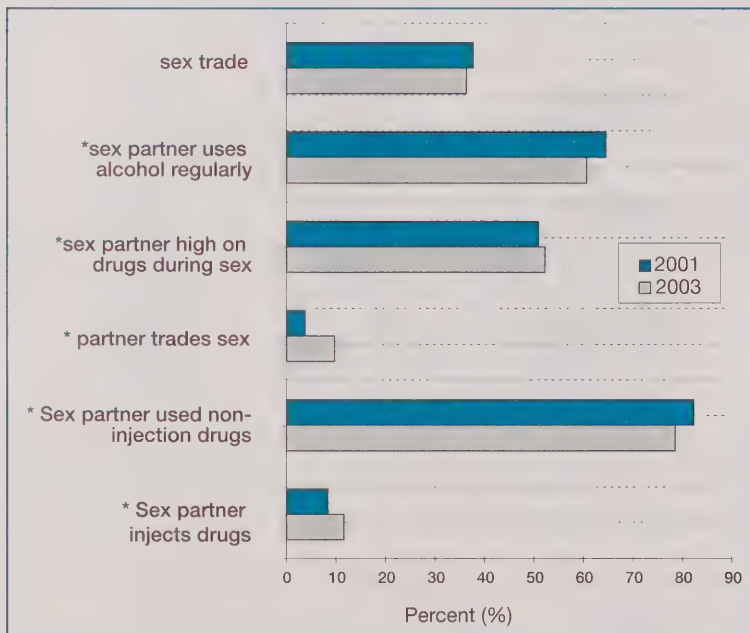
## 5. Sexual Behaviours and STIs

Often street youth are unaware of or express being unconcerned about the effects of drug use on their health or other dangers related to addiction and substance use. Drug use, especially injection drug use, is often associated with other high-risk behaviours, such as involvement in the sex trade, criminal activity, unsafe sex and sharing needles.<sup>32</sup>

The proportion of street youth who reported having sex while intoxicated with alcohol has remained consistently high: 56.8% in 1999, 59.5% in 2001 and 58.0% in 2003. There was no significant difference between gender and age group. Almost one-third (30.9%) of street youth report having received substances such as cigarettes, drugs or alcohol and then felt obliged to have sex.

Figure 16 describes the sexual behaviours of street youth who reported using injection or non-injection drugs. The proportion of youth who reported trading sex in the previous 3 months was 37.7% in 2001 and 36.3% in 2003. In addition, approximately, 60% of street youth reported that their sexual partner used alcohol regularly in 2001 and 2003. Half of the study participants also reported that their sexual partners were “high” on drugs during sex in 2003. A larger proportion of street youth also reported that their sexual partners used non-injection drugs (82.3% in 2001 and 78.5% in 2003).

**Figure 16. Sexual behaviours in the previous 3 months among street youth who reported drug use (injection and non-injection) (2001 and 2003)**



\*Question not asked in 1999



Overall, STI rates were not found to be significantly<sup>‡</sup> higher in street youth with a recent history of alcohol intoxication than in those without such a history. In 1999, the rate of chlamydia was found to be significantly<sup>§</sup> higher in youth who reported use of crystal methamphetamine than those who did not (17.2% vs. 8.0%), especially among females (33.3% vs. 9.4%). In 2003, the rate of gonorrhea was significantly<sup>§</sup> higher in street youth who reported using crystal methamphetamine than those who did not (11% vs. 2.6%), while the rate of genital herpes (HSV-2) was significantly higher in street youth who reported any drug use (whether by injection or not) than those who reported no drug use (26.8% vs. 16.7%).

The proportion of youth who reported that their sexual partner had ever been told they had an STI remained high: 21.8% in 2001 and 16.8% in 2003 among youth who reported drug use, compared to 13.6% in 2001 and 14.4% in 2003 among youth who reported never using drugs.

Consistent with their greater risky sexual behaviour, injection drug users compared to non-injection drug users were almost twice as likely to have had an STI. They also had a greater number of sexual partners over their lifetime and were more likely to be sexually involved with high-risk partners, such as other injection drug users, individuals with STIs and sex trade workers; and reported a higher rate of unwanted sex, obligatory sex and the sex trade (Table 3).

**Table 3. Sexual history of young adults with and without a history of injection drug use (2003)**

<b>Sexual History</b>	<b>IDU *† N=370 (%)</b>	<b>Never-IDU *† N=1291 (%)</b>
Ever had sexual activities, %	99	96
Any same sex behaviour, %	34	20
Mean number of lifetime sexual partners, n	73.4	19.5
Did not use a barrier during most recent sexual encounter(s), %	59	49
Ever had an STI, %	38	23
Ever had unwanted sex, %	27	15
Ever had obligatory sex, %	32	14
Ever traded sex, %	37	15

IDU=injection drug use

\*Percentages are based on the number of non-missing observations..

†Percentages are significantly different at a p value of <0.05.

Furthermore, a greater proportion of injection drug users reported not using a barrier for protection during their most recent sexual encounter(s), and a greater proportion of injection drug users reported having same-sex partners.



## 6. Implications

---

The results from this study have significant implications for intervention in the street youth population. Street youth reported use of substances such as cigarettes, alcohol and several drugs. The rates of non-injection and injection drug use among street youth make it clear that actions are needed to reduce the rates of substance abuse and lessen the impact of social and physical harms associated with use of these substances.

Harm reduction approaches — including providing information about safe drug use and safe sexual behaviours, facilitating a return to school or encouraging alternative education programs — also need to be available to street youth. There is also a need to work with the education system to identify youth who are at high risk of becoming street-involved and to offer preventive interventions.

A number of factors are associated with smoking in youth, including age, absence from school and exposure to smoking at home and among peers.<sup>33</sup> E-SYS confirms this among street youth. Public health interventions aimed at reducing smoking in society, such as banning smoking in bars/restaurants/workplaces, may be less likely to reach street youth. Even broad-reaching media campaigns may be ineffective with this population, depending on how they are delivered, since TV commercials and newspaper ads may not reach street youth as they would the general population. Effective interventions need to be developed to target this section of the nation's youth.

Alcohol, the most widely used and abused drug among youth, presents an interesting and unique challenge. Unlike other psychoactive substances, alcohol use is thoroughly integrated into the social customs and commerce of society.<sup>20</sup> As such, initiatives aimed at preventing or reducing alcohol abuse in marginalized populations such as street youth need to be cognizant of their unique circumstances and modify them accordingly. Designing messages that are sensitive to street-life culture and subcultures with practical information or alternative solutions to meeting basic daily needs may be beneficial. The same street youth-centred approach could be used with respect to drug use in general.

An integrated approach to developing and implementing intervention programs for the street youth population would ensure that they are able to get the help they need in different areas. A multifaceted, gender-based approach addressing broader determinants of health is needed, as single-issue public health interventions are unlikely to address the root causes of risk behaviours. For example, street youth who have experienced family problems and abuse may require protection and mental health services as opposed to correctional services when they come in contact with the judicial system.

Findings from E-SYS show that overall, more than 20% of street youth reported injection drug use in all survey years. Infections such as hepatitis C most often occur as a direct result of injection drug use among street youth, caused by sharing needles. For instance, in 2003, only youth who used drugs by means of injection reported ever having hepatitis C infection.

This presents an opportunity for informative and preventive measures to reduce hepatitis C infection. Making treatment available and accessible to street youth and establishing educational preventive initiatives and programs on the risks associated with injection drug use in major urban centres may be useful in dealing with the issue.

Approximately one-fifth of street youth reported injecting drugs, such as cocaine, heroin or crystal methamphetamine. Injection drug use is often associated with other high-risk behaviours, such as involvement in the criminal justice system, criminal activity, unsafe sex and sharing needles. The amount of time spent on the street may be linked to the likelihood of youth using drugs by means of injection; early interventions for street youth about the dangers of injection drug use and addiction may help prevent youth from beginning injection drug use. Finally, there is a need for continued research on Canada's street youth to provide more detailed information regarding the most effective programs and acceptable method of delivery for this diverse group.





## 7. Conclusions

---

This report has presented a snapshot of the unique conditions that street youth are experiencing. Issues associated with elevated substance use are a major burden for all of Canadian society to deal with.

Substance abuse problems, especially in street youth, place a high financial burden on the health care and social infrastructure system. Canada's youth incarceration rate is among the highest in the Western world. In 1989–90, approximately 37 000 young persons appeared in Canada's courts, 62% of them for property offences, 18% for violent crime and 4% for directly drug-related offences.<sup>34</sup> A study conducted in April 2002 by the Canadian Centre on Substance Abuse suggested that there may be a link between substance abuse and crime.<sup>35</sup> All Canadians have an interest in reducing the rates of substance abuse among youth in general, and among street youth in particular, which in turn may result in better health, fewer run-ins with the law and lower rates of STIs or BBIs in Canadian youth overall.

Interventions aimed at street youth and substance abuse are often difficult to develop due to shifting or unstable living environments, lack of social infrastructure with which to implement prevention programming and lower school attendance compared to general youth populations. As such, more integrated approaches need to be adopted to effectively address substance abuse in street youth. Targeting troubled youth before drug use and addictions begin may be the key to effectively dealing with substance abuse issues.

The results of this study show that street youth are an important and diverse segment of the Canadian population, and it is imperative that policy makers across Canada — in regional, provincial, territorial and national governments — ensure that Canadian street youth have access to education, social and health services that are tailored to meet their unique needs.



## 8. References

---

1. *Preventing Substance Use Problems Among Young People — A Compendium of Best Practices*. Ottawa, ON: Health Canada; 2001. H39-500/2001-E. Available at: [www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogués/preventing-problems-young-people.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogués/preventing-problems-young-people.pdf). Accessed October 23, 2006.
2. Jessor R. Adolescent development and substance use. In: Annis H, David C, eds. *Drug Use by Adolescents: Identification, Assessment, and Intervention. Book of Readings*. Toronto, ON: Addiction Research Foundation; 1991.
3. Radford JL, King A, Warren WK. *Street Youth and AIDS*. Ottawa, ON: Health and Welfare Canada; 1989.
4. Fitzgerald MD. Homeless youths and the mental health system: implications for policy and service. *Child Welfare* 1995;74:717–730.
5. Plitt SS, Sherman SG, Strathdee SA. HIV, hepatitis simplex virus 2 and syphilis among young drug users in Baltimore, Maryland. *Sex Transm Infect* 2005;81:248–253.
6. Roy E, Haley N, Leclerc P, Soudry D, Boivin JF. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA* 2004;292:569–574.
7. Roy E, Haley N, Leclerc P, Côté J, Boivin JF. Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation. *J Urban Health* 2003;80:92–105.
8. Roy E, Lemire N, Haley N, Boivin JF, Frappier JY, Claessens C. Injection drug use among street youth: a dynamic process. *Can J Public Health* 1998;89:23–25.
9. Tapert SF, Aarons GA, Sedlar G. Adolescent alcohol, tobacco, and other substance use and sexual risk-taking behaviour. *J Adolesc Health* 2001;28:181–189.
10. Testa M, Collins RL. Alcohol and heterosexual behaviour: event-based analyses among a sample of high-risk women. *Psychol Addictive Behav* 1997;11:190–201.
11. Roy E, Haley N, Leclerc P, Côté J, Boivin JF. Drug injection among street youth: the first time. *Addiction* 2002;97:1003–1009.
12. Faugier J, Sargeant M. Sampling hard to reach populations. *J Adv Nurs* 1997;26:790–797.
13. *Street Youth in Canada: Findings from Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth, 1999–2003*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada; 2006. HP5-15/2006. Available at: [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports\\_06/pdf/street\\_youth\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/pdf/street_youth_e.pdf). Accessed October 23, 2006.
14. Mackay J, Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. Geneva: World Health Organization; 2002. Available at: [www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf](http://www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf). Accessed October 23, 2006.
15. *The National Strategy: Moving Forward — The 2005 Progress Report on Tobacco Control*. Ottawa, ON: FPT Advisory Committee on Population Health and Health Security, Health Canada; 2005. H128-1/05-442. Available at: [www.hc-sc.gc.ca/hn-vs/all\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/tobac-tabac/foward-avant/foward-avant\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hn-vs/all_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/tobac-tabac/foward-avant/foward-avant_e.pdf). Accessed October 23, 2006.
16. Health Canada. *Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS)* 2004. Available at: [www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/ctums/](http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/tobacco/research/ctums/). Accessed October 23, 2006.

17. Adlaf EM, Paglia A. *Drug Use among Ontario Students: Findings from the OSDUS 1977–2003*. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health; 2003.
18. *Preventing Tobacco Use among Young People: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health; 1994.
19. *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health; 2000.
20. Thomas G. *Alcohol-Related Harms and Control Policy in Canada*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 2004.
21. Mann RE, Rehn JT, Giesbrecht N, et al. *Alcohol Distribution, Alcohol Retailing and Social Responsibility: A Report Submitted to the Beverage Alcohol System Review Panel*. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health; 2005.
22. Adlaf EM, Begin P, Sawka E, eds. *Canadian Addiction Survey (CAS): A National Survey of Canadians' Use of Alcohol and Other Drugs. Prevalence of Use and Related Harms. Highlights*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 2004. Available at: [www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/B2C820A2-C987-4F08-8605-2BE999FE4DFC/0/ccsa0048042004.pdf](http://www.ccsa.ca/NR/rdonlyres/B2C820A2-C987-4F08-8605-2BE999FE4DFC/0/ccsa0048042004.pdf). Accessed October 23, 2006.
23. Statistics Canada. Youth Smoking Survey. *The Daily* 2004;June 14. Available at: [www.statcan.ca/Daily/English/040614/d040614b.htm](http://www.statcan.ca/Daily/English/040614/d040614b.htm). Accessed October 23, 2006.
24. The 2004 Canadian Campus Survey: selected highlights. *CAMH Population Studies ebulletin* 2005;6(5). Available at: [www.camh.net/Research/Areas\\_of\\_research/Population\\_Life\\_Course\\_Studies/eBulletins/ebv6n5\\_CanadianCampusSurvey2004.pdf](http://www.camh.net/Research/Areas_of_research/Population_Life_Course_Studies/eBulletins/ebv6n5_CanadianCampusSurvey2004.pdf). Accessed October 23, 2006.
25. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Youth drinking: risk factors and consequences. *Alcohol Alert* 1997;37. Available at: [www.niaaa.nih.gov/publications/aa37.htm](http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa37.htm). Accessed October 23, 2006.
26. Single E, Van Truong M, Adlaf E, Ialomiteanu, Anca. *Canadian Profile: Alcohol, Tobacco and Other Drugs*. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 1999.
27. *Risk and Protective Factors Associated with Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs and Gambling Participation. The Alberta Youth Experience Survey 2002*. Edmonton, AB: Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission; 2003.
28. *Best Practices: Treatment and Rehabilitation for Youth with Substance Use Problems*. Ottawa, ON: Health Canada; 2001. H49-154/2001E. Available at: [www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogués/youth-jeunes/youth-jeunes\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogués/youth-jeunes/youth-jeunes_e.pdf). Accessed October 23, 2006.
29. Binge drinking website. Available at: [www.binge-drinking.org](http://www.binge-drinking.org). Accessed October 23, 2006.



30. Single E. A Socio-demographic Profile of Drug Users in Canada. Ottawa, ON: HIV/AIDS Prevention and Community Action Programs, Health Canada; 2000.
31. *Reducing the Harm Associated with Injection Drug Use in Canada*. Report prepared by FPT Advisory Committee on Population Health, FPT Committee on Alcohol and Other Drug Issues, Advisory Committee on AIDS and FPT Heads of Corrections Working Group on HIV/AIDS. Ottawa, ON: Health Canada; 2001. H39-589/2001E. Available at: [www.hc-sc.gc.ca/aids-aids/aitt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/injection/injectiondrug\\_e.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/aids-aids/aitt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/injection/injectiondrug_e.pdf). Accessed October 23, 2006.
32. Injection drug users overview. Canadian Centre on Substance Abuse website. Available at: [www.ccsa.ca/CCSA/EN/Topics/Populations/IDUOverview.htm](http://www.ccsa.ca/CCSA/EN/Topics/Populations/IDUOverview.htm). Accessed October 23, 2006.
33. Krauth B. Peer effects and selection effects on smoking among Canadian youth. Available at: [www.sfu.ca/~bkrauth/papers/cansmoke.pdf/](http://www.sfu.ca/~bkrauth/papers/cansmoke.pdf/). Accessed October 23, 2006.
34. Caseload factors. Correctional Service Canada website. Available at: [www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e033/e033j\\_e.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pblct/forum/e033/e033j_e.shtml). Accessed October 26, 2006.
35. Pernanen K, Cousineau M-M, Brabant R, Sun F. Proportions of Crimes Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse; 2002.

31. *Réduire les méfaits associés à l'usage des drogues par injection au Canada*. Rapport préparé par le Comité consultatif FPT sur la santé de la population, le Comité FPT sur l'alcool et les autres drogues, le Comité VIH/sida. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 2001. H39-589/2001E. Disponible à l'adresse : [http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs/drogs/injection/injectiondrug\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs/drogs/injection/injectiondrug_f.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
32. Utilisation de drogues injectables, exposé général. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies. Disponible à l'adresse : <http://www.ccsa.ca/CCSA/FR/Topics/Populations/IDUOverview.htm>. Consulté le 23 octobre 2006.
33. Krauth B. Peer effects and selection effects on smoking among Canadian youth. Disponible à l'adresse : [www.sfu.ca/~bkrauth/papers/cansmoke.pdf](http://www.sfu.ca/~bkrauth/papers/cansmoke.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
34. Portrait-robot du jeune contrevenant : Site Web du Service correctionnel du Canada. Disponible à l'adresse : [http://www.csc-scc.gc.ca/text/pbict/forum/e033/e033j\\_f.shtml](http://www.csc-scc.gc.ca/text/pbict/forum/e033/e033j_f.shtml). Consulté le 26 octobre 2006.
35. Pernanen K, Cousineau M-M, Brochu S, Sun F. *Proportions of Crimes Associated with Alcohol and Other Drugs in Canada*. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2002.

17. Adlaf EM, Paglia A. *Drug Use among Ontario Students: Findings from the OSDUS 1977-2003*. Toronto, ON: Centre for Addiction and Mental Health; 2003.
18. *Preventing Tobacco Use among Young People: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion; 1994.
19. *Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Centers for Disease Control and Prevention, Office on Smoking and Health; 2000.
20. Thomas G. *Alcohol-Related Harms and Control Policy in Canada*. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2004.
21. Mann RE, Rehn JT, Giesbrecht N et al. *Alcohol Distribution, Alcohol Retailing and Social Responsibility: A Report Submitted to the Beverage Alcohol System Review Panel*. Toronto (Ontario) : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2005.
22. Adlaf EM, Beglin P, Sawka E, eds. *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ECT) : Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : La prévalence de l'usage et les méfaits : Points saillants*. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2004. Disponible à l'adresse : [www.ccc.ca/fr/Bibliotheque/B2C820A2-C987-4F08-8605-2BE999FE4DFC/0/ccsa0048042004.pdf](http://www.ccc.ca/fr/Bibliotheque/B2C820A2-C987-4F08-8605-2BE999FE4DFC/0/ccsa0048042004.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
23. Statistique Canada. Enquête sur le tabagisme chez les jeunes. Le Quotidien, 14 juin 2004. Disponible à l'adresse : <http://www.statcan.ca/Daily/Francis/0406/040614fr.htm>. Consulté le 23 octobre 2006.
24. The 2004 Canadian Campus Survey: selected highlights. *CAMH Population Studies bulletin* 2005;6(5). Disponible à l'adresse : [www.camh.net/Research/Populations\\_of\\_research/Population\\_Life\\_Course\\_Studies/Ebulletins/ebv6n5\\_CanadianCampusSurvey2004.pdf](http://www.camh.net/Research/Populations_of_research/Population_Life_Course_Studies/Ebulletins/ebv6n5_CanadianCampusSurvey2004.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
25. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Youth drinking: risk factors and consequences. Alcohol Alert* 1997;37. Disponible à l'adresse : [www.niaaa.nih.gov/publications/aa37.htm](http://www.niaaa.nih.gov/publications/aa37.htm). Consulté le 23 octobre 2006.
26. Single E, Van Truong M, Adlaf E, Lalondeauu, Anca, et al. *Canadian Youth Alcohol, Tobacco and Other Drugs. Risk and Protective Factors Associated with Use of Alcohol, Tobacco and Other Drugs*. Ottawa (Ontario) : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.
27. *Participation. The Alberta Youth Experience Survey*. Edmonton (Alberta) : Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission; 2003.
28. *Meilleures pratiques : Traitement et réadaptation des jeunes souffrant de problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues*. Ottawa (Ontario) : Santé Canada; 2001. H49-154/2001E. Disponible à l'adresse : [http://www.hc-sc.gc.ca/hc/health/hecs/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/youth-jeunes/youth-jeunes\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hc/health/hecs/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogues/youth-jeunes/youth-jeunes_f.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
29. Site Web sur la consommation occasionnelle excessive d'alcool (en anglais). Disponible à l'adresse : [www.binge-drinking.org](http://www.binge-drinking.org). Consulté le 23 octobre 2006.
30. Single E. *A Socio-demographic Profile of Drug Users in Canada*. Ottawa (Ontario) : HIV/AIDS Prevention and Community Action Programs, Santé Canada; 2000.



1. *Prévention des problèmes attribuables à la consommation d'alcool et d'autres drogues chez les jeunes* — *Un Compendium des meilleures pratiques*. Ottawa (Ontario) : Santé Canada, 2001. H39-580/2001E. Disponible à l'adresse : [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-sc/gc/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogués/prevent/young-jeune\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-sc/gc/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/drugs-drogués/prevent/young-jeune_f.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
2. Jessor R. Adolescent development and behavioural health. In: Annis H, David C, eds. *Drug Use by Adolescents: Identification, Assessment and Intervention: Book of Readings*. Toronto (Ontario) : Addiction Research Foundation; 1991.
3. Radford JL, King A, Warren WK. *Street Youth and AIDS*. Ottawa, ON: Health and Welfare Canada; 1989.
4. Fitzgerald MD. Homeless youths and the child welfare system: implications for policy and service. *Child Welfare* 1995;74:717-730.
5. Pitt SS, Sherman SG, Strathdee SA, Taha TE. Herpes simplex virus 2 and syphilis among young drug users in Baltimore, Maryland. *Sex Transm Infect* 2005;81:248-253.
6. Roy E, Haley N, Leclerc P, Sochanski B, Boudreau JF, Boivin JF. Mortality in a cohort of street youth in Montreal. *JAMA* 2004;292:569-574.
7. Roy E, Haley N, Leclerc P, Cedras L, Blais L, Boivin JF. Drug injection among street youths in Montreal: predictors of initiation. *J Urban Health* 2003;80:92-105.
8. Roy E, Lempire N, Haley N, Boivin JF, Frappier JY, Claessens C. Injection drug use among street youth: a dynamic process. *Can J Public Health* 1998;89:23-25.
9. Taper SF, Aarons GA, Sedlar GR, Brown SA. Adolescent substance use and sexual risk-taking behaviour. *J Adolesc Health* 2001;28:181-189.
10. Testa M, Collins RL. Alcohol and risky sexual behaviour: event-based analyses among a sample of high-risk women. *Psychol Addictive Behav* 1997;11:190-201.
11. Roy E, Haley N, Leclerc P, Cedras L, Boivin JF. Drug injection among street youth: the first time. *Addiction* 2002;97:1003-1009.
12. Faugier J, Sargeant M. Sampling hard to reach populations. *J Adv Nurs* 1997;26:790-797.
13. *Les jeunes de la rue au Canada : Constations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, de 1999 à 2003*. Ottawa (Ontario) : Agence de santé publique du Canada, 2006. HP5-15/2006. Disponible à l'adresse : [www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports\\_06/pdf/street\\_youth\\_f.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/reports_06/pdf/street_youth_f.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
14. Mackay J, Eriksen M. *The Tobacco Atlas*. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2002. Disponible à l'adresse : [www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf](http://www.who.int/tobacco/media/en/title.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
15. *La stratégie nationale : Aller vers l'avant — Rapport d'étape 2005 sur la lutte contre le tabagisme*. Ottawa (Ontario) : Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population et la protection de la santé, Santé Canada; 2005. H128-1/05-442. Disponible à l'adresse : [www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt\\_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/tobac-forward-forward-avant\\_f.pdf](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/hecs-sesc/pdf/pubs/tobac-forward-forward-avant_f.pdf). Consulté le 23 octobre 2006.
16. Santé Canada. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC), 2004. Disponible à l'adresse : [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/citums-esutc/index\\_f.html](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/citums-esutc/index_f.html). Consulté le 23 octobre 2006.





Le présent rapport donne un aperçu des conditions de vie particulières des jeunes de la rue. Les problèmes associés à la fréquence d'utilisation de substances sont un lourd fardeau pour toute la société canadienne.

Les problèmes associés à l'abus de substances, en particulier chez les jeunes de la rue, représentent un lourd fardeau financier pour les services de soins de santé et le système d'infrastructures sociales. Le taux d'incarcération des jeunes Canadiens est parmi les plus élevés des pays occidentaux. En 1989-1990, environ 37 000 jeunes se sont présentés devant une cour au Canada; dans 62 % des cas, il s'agissait d'infractions contre des biens, dans 18 % des cas, de crimes violents et dans 4 % des cas, d'infractions directement liées aux drogues<sup>37</sup>. Une étude menée en avril 2002 par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies semblait indiquer l'existence d'une corrélation entre la toxicomanie et le crime<sup>38</sup>. Il est dans l'intérêt de tous les Canadiens de faire baisser les taux de toxicomanie chez les jeunes en général et chez les jeunes de la rue en particulier, ce qui en retour aurait un effet bénéfique sur leur santé et diminuerait le nombre d'infractions au code criminel et des taux d'ITSS chez les jeunes du Canada en général.

Il est souvent difficile de mettre au point des programmes d'intervention visant les jeunes de la rue et la toxicomanie à cause du caractère changeant ou instable de leur environnement, du manque d'infrastructures sociales permettant la mise en œuvre de ces programmes et de leur faible niveau de scolarité par rapport aux populations de jeunes en général. Par conséquent, il est nécessaire d'adopter des approches intégrées afin de faire face efficacement à la toxicomanie chez les jeunes de la rue. L'essentiel serait probablement de cibler les jeunes en difficulté avant qu'ils ne commencent à prendre des drogues et à développer des dépendances envers ces substances afin d'enrayer efficacement les problèmes de toxicomanie.

Les résultats de cette étude montrent que les jeunes de la rue constituent un segment important et diversifié de la population canadienne, et qu'il est impératif que les décideurs politiques de tout le Canada — tant à l'échelle régionale, provinciale, territoriale que nationale — s'assurent que les jeunes de la rue au Canada aient accès à une éducation et à des services sociaux et sanitaires adaptés à leurs besoins particuliers.

Dans l'ensemble, les résultats de la SAJR montrent que plus de 20 % des jeunes de la rue ont rapporté avoir consommé des drogues injectables pendant toutes les années de l'étude. Les infections telles que l'hépatite C résultent plus souvent du recours à des drogues injectables chez les jeunes de la rue qui partagent leurs seringues. Par exemple, en 2003, seuls les jeunes ayant consommé des drogues injectables ont signalé avoir déjà eu une infection par l'hépatite C. Il s'agit donc d'une occasion en or de présenter des mesures informatives et préventives visant à diminuer l'incidence de l'infection par l'hépatite C. Pour faire face à ce problème, il serait utile de rendre le traitement disponible et accessible aux jeunes de la rue et de créer des initiatives éducationnelles de prévention ainsi que des programmes sur les risques associés à la consommation de drogues injectables dans les grandes villes.

Près d'un cinquième des jeunes de la rue ont rapporté avoir consommé des drogues injectables telles que la cocaïne, l'héroïne ou la méthamphétamine en cristaux. Cette consommation est souvent corrélée avec d'autres comportements à risque élevé tels que le commerce du sexe, la criminalité, la pratique de relations sexuelles non protégées ou le partage de seringues. Le temps passé dans la rue peut être lié à la probabilité de consommation de drogues injectables chez les jeunes; l'existence d'interventions polyvalentes précoces auprès des jeunes de la rue concernant les dangers associés à la consommation de drogues injectables et la dépendance envers ces dernières pourrait aider à empêcher les jeunes de commencer à y goûter. Enfin, il est nécessaire de poursuivre les recherches sur les jeunes de la rue au Canada afin d'offrir des renseignements plus détaillés sur les programmes les plus appropriés et les méthodes acceptables de diffusion de ces renseignements au sein de ces groupes.





Les résultats de cette étude ont des implications significatives pour les interventions auprès de la population des jeunes de rue. Cette dernière a affirmé avoir recours aux substances telles que la cigarette, l'alcool et plusieurs drogues. Les taux de consommation de drogues injectables et non injectables chez les jeunes de rue mettent en évidence que des mesures sont nécessaires pour réduire les taux de toxicomanie et atténuer l'impact des effets négatifs, tant sociaux que physiques, associés à l'utilisation de ces substances.

Les approches de réduction des préjudices — y compris la transmission d'informations au sujet de la consommation sécuritaire de drogues et des comportements sexuels sécuritaires, des mesures facilitant la reprise des études ou encourageant la participation d'autres programmes d'éducation — sont également nécessaires pour les jeunes de rue. Il convient par ailleurs de réétudier le système d'éducation afin de pouvoir identifier les jeunes présentant un risque élevé de se retrouver dans la rue et d'offrir des interventions préventives.

Un certain nombre de facteurs sont associés au toxicisme chez les jeunes, y compris l'âge, le fait d'être absent de l'école et l'exposition au logement instable, comme à domicile et parmi l'entourage<sup>33</sup>; c'est ce que confirme la SAJR pour les jeunes de rue. Il est peu probable que les interventions de santé publique visant à réduire le tabagisme, comme la société, par exemple, l'interdiction de fumer dans les bars, les restaurants et les lieux de travail, aient un impact sur les jeunes de rue. Même les campagnes médiatiques de grande envergure pourraient ne pas toucher cette population, dépendamment de leurs méthodes de distribution, étant donné que les publicités télévisées ou dans les journaux ne sont pas aussi accessibles aux jeunes de rue qu'à ceux de la population générale. Il est donc nécessaire de créer des interventions efficaces ciblant cette population particulière.

L'alcool, qui représente la substance la plus consommée de manière excessive chez les jeunes, présente un enjeu unique et intéressant. Qui contrairement aux autres substances psychoactives, l'alcool est parfaitement légal dans les lieux sociaux et le commerce dans la société<sup>20</sup>. Par conséquent, les initiatives visant à réduire ou à diminuer sa consommation excessive au sein des populations marginalisées impliquent les jeunes de rue doivent tenir compte de ces circonstances uniques et les adapter en conséquence. À cette fin, il pourrait être bénéfique de concevoir des messages tenant compte de la culture et même des sous-cultures de la rue, qui fournissent des renseignements pratiques ou proposent des solutions de rechange visant à répondre à leurs besoins quotidiens. Une telle approche se fonde sur les jeunes de rue pourrait aussi servir pour la consommation de drogues en général.

La mise en œuvre d'une approche intégrée permettant de développer et d'appliquer des programmes d'intervention pour les jeunes de rue assurerait à ces derniers l'aide dont ils ont besoin sur différents plans. Une approche polyvalente, basée sur les sexes et portant sur des déterminants plus larges de la santé est nécessaire, car les interventions de santé publique portant sur un seul problème sont peu susceptibles de traiter les causes profondes des comportements à risque. Par exemple, les jeunes de rue ayant vécu des problèmes familiaux ou subi de la violence pourraient avoir besoin de protection et de services de santé mentale, ce qui n'est pas le cas dans le contexte des services correctionnels lorsque les jeunes ont affaire au système judiciaire.

CDI = Consommation de drogues injectables  
\* Les pourcentages sont basés sur le nombre d'observations non manquantes.  
† Les pourcentages sont significativement différents lorsque la valeur de p est < 0,05.

En outre, une plus grande proportion de consommateurs de drogues injectables ont rapporté n'avoir pas utilisé de méthode protectrice pour se protéger durant leurs relations sexuelles les plus récentes; une plus grande proportion d'entre eux ont également rapporté avoir eu des partenaires sexuels du même sexe.

Antécédents sexuels		IDU *† N=370 (%)	Never-IDU *† N=1291 (%)
A déjà eu des relations sexuelles, %	99	96	
A déjà eu des relations sexuelles avec une personne du même sexe, %	34	20	
Nombre moyen de partenaires sexuels durant leur vie, n	73.4	19.5	
N'a pas utilisé de méthode protectrice pendant les relations sexuelles les plus récentes, %	59	49	
A déjà eu une ITS, %	38	23	
A déjà eu des relations sexuelles non désirées, %	27	15	
A déjà eu des relations sexuelles obligatoires, %	32	14	
A déjà fait le commerce du sexe, %	37	15	

Tableau 3. Antécédents sexuels des jeunes de la rue ayant déjà consommé des drogues injectables ou pas (2003)

Dans l'ensemble, les taux d'ITS n'étaient pas significativement plus élevés chez les jeunes de la rue ayant des antécédents récents d'intoxication alcoolique que chez ceux n'en ayant pas. En 1999, le taux d'infection à Chlamydia était significativement plus élevé chez les jeunes ayant rapporté la consommation de méthamphétamine en cristaux que chez ceux n'en ayant pas pris (17,2 % vs 8,2 %) en particulier chez les filles (33,3 % vs 9,4 %). En 2003, le taux de gonorrhée était significativement plus élevé chez les jeunes de la rue ayant rapporté la consommation de méthamphétamine en cristaux que chez ceux n'en ayant pas pris (6,9 % vs 2,8 %), tandis que le taux d'herpès génital (VHS 2) était significativement plus élevé chez les jeunes de la rue ayant rapporté la consommation d'une drogue quelconque (injectable ou pas) que chez ceux n'ayant rapporté le recours à aucune drogue (26,8 % vs 16,7 %).

La proportion de jeunes ayant rapporté que leur partenaire sexuel avait déjà appris qu'il était atteint d'une ITS est demeurée élevée : 21,8 % en 2001 et 16,2 % en 2003 chez les jeunes ayant affirmé consommer des drogues, comparativement à 13,6 % en 2001 et 11,6 % en 2003 chez ceux ayant signalé ne jamais y avoir eu recours.

Comme on pouvait s'y attendre vu leur comportement plus risqué, les consommateurs de drogues injectables étaient presque deux fois plus susceptibles d'avoir une ITS que ceux qui ne s'injectent pas de drogues. Ceux-ci avaient également eu un plus grand nombre de partenaires sexuels durant leur vie; ils étaient plus susceptibles d'avoir eu des relations sexuelles avec des partenaires à risque élevé tels que d'autres consommateurs de drogues injectables, des personnes atteintes d'ITS ou des travailleurs du sexe; chez ces jeunes, le taux de relations sexuelles non désirées, de relations sexuelles obligatoires et de commerce du sexe était plus élevé (voir le Tableau 3).

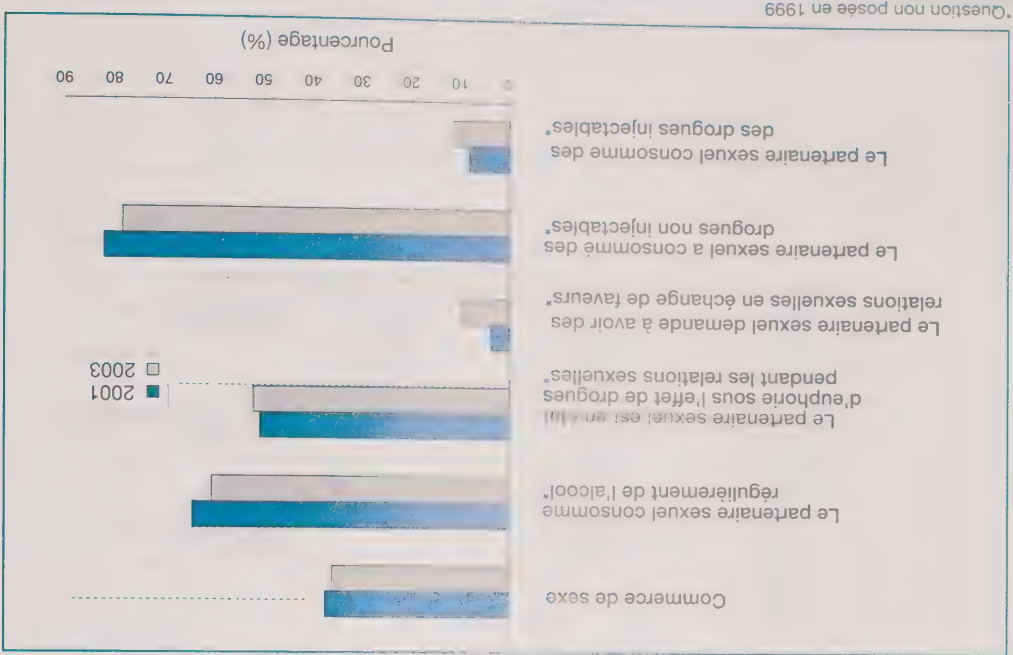


Souvent les jeunes de la rue ne connaissent pas les effets de la consommation de drogues sur leur santé ou les autres dangers liés à la dépendance envers des substances et à l'utilisation de ces substances ou affirmant ne pas s'en préoccuper. La consommation de drogues, en particulier des drogues injectables, est souvent associée à d'autres comportements à risque élevé tels que le commerce du sexe, les activités criminelles, la pratique de relations sexuelles non protégées et le partage de seringues<sup>32</sup>.

La proportion de jeunes de la rue ayant affirmé avoir eu des relations sexuelles alors qu'ils étaient intoxiqués par l'alcool est demeurée constamment élevée : 56,8 % en 1999, 59,5 % en 2001 et 58,0 % en 2003. Aucune différence significative n'a été observée entre les sexes et entre les groupes d'âge. Près du tiers (30,9 %) des jeunes de la rue ont affirmé avoir reçu des substances telles que des cigarettes, des drogues ou de l'alcool et se sont par la suite sentis obligés d'avoir des relations sexuelles en échange.

La Figure 16 décrit les comportements sexuels des jeunes de la rue ayant signalé avoir consommé des drogues injectables ou non injectables. La proportion de jeunes ayant fait état de commerce du sexe au cours des trois mois précédant l'entrevue était de 37,7 % en 2001 et de 36,3 % en 2003. De plus, près de 60 % des jeunes de la rue ont rapporté que leur partenaire sexuel consommait régulièrement de l'alcool en 2001 et en 2003. La moitié des participants à l'étude ont également affirmé que leur partenaire sexuel était en état d'euphorie sous l'effet de drogues durant leurs relations sexuelles en 2003. Une proportion plus importante de jeunes de la rue ont aussi affirmé que leur partenaire sexuel avait consommé des drogues non injectables (82,3 % en 2001 et 78,5 % en 2003).

Figure 16. Comportements sexuels au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue ayant rapporté la consommation de drogues injectables et non injectables (2001 et 2003)



\* Question non posée en 1999



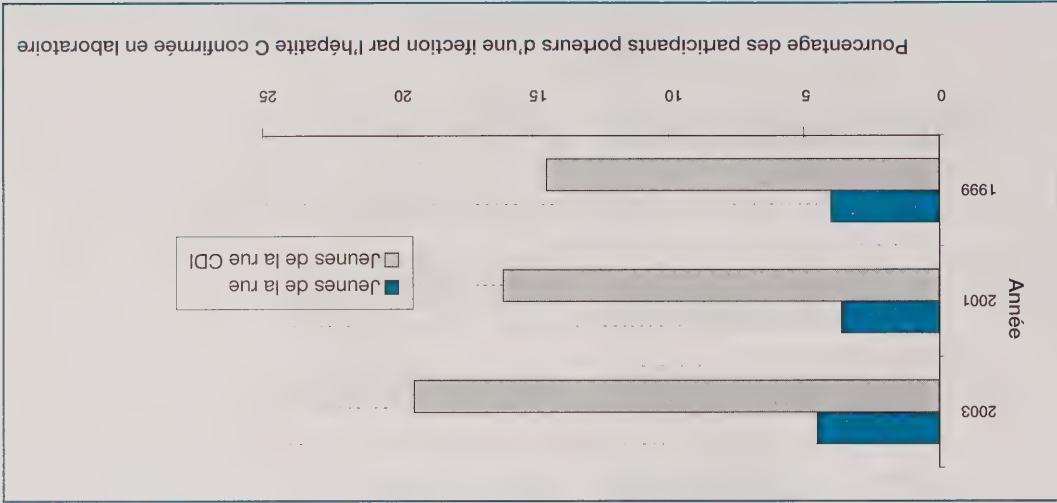


Figure 15. Taux d'infection par le virus de l'hépatite C chez les jeunes de la rue

La consommation de drogues injectables est significativement corrélée avec l'infection au VHC. La Figure 15 montre que le taux d'infection au VHC était quatre à cinq fois plus élevé chez les jeunes de la rue ayant rapporté la consommation de drogues injectables que chez les jeunes n'y ayant pas recours. Les comportements à risque élevé comme, par exemple, le fait de partager les seringues ou d'avoir des relations sexuelles non protégées, font partie des raisons expliquant les taux élevés d'infection au VHC chez les consommateurs de drogues injectables.

#### 4.6.1 Consommation de drogues injectables et hépatite C

injectables ou que les jeunes ne prenant aucune drogue.

En 1999, les facteurs prédictifs significatifs de la consommation de drogues injectables étaient le fait d'avoir abandonné ses études, d'avoir quitté le domicile familial à la suite de violences, d'avoir déjà vécu dans la rue et celui d'avoir sa mère qui prend des drogues injectables. En 2001 et en 2003, les jeunes ayant passé au moins quatre semaines dans la rue au cours du mois précédant l'entrevue étaient aussi plus susceptibles de rapporter la consommation de drogues injectables que ceux y ayant passé un jour ou une semaine.

Durant toutes les années de l'étude, les jeunes plus âgés étaient au moins 9 fois plus susceptibles de rapporter le recours à des drogues injectables que les jeunes moins âgés; et les jeunes ayant consommé des drogues injectables étaient au moins 15 fois plus susceptibles de rapporter un séjour antérieur en prison ou dans un centre de détention que les utilisateurs de drogues non injectables, d'avoir déjà vécu dans la rue ou le temps passé dans la rue.

En comparant les utilisateurs de drogues injectables avec les utilisateurs de drogues non injectables ou avec les jeunes ayant rapporté la consommation d'aucune sorte de drogue dans une analyse multivariée, il est possible de déduire que les facteurs de risque indépendants du recours aux drogues injectables étaient l'âge, le sexe, le fait d'avoir été incarcéré, d'avoir abandonné ses études, d'avoir quitté le domicile familial à la suite de violences, d'avoir sa mère qui prend des

En 2003, près de 40 % des utilisateurs de drogues injectables ont rapporté avoir cessé de consommer ce type de drogues (voir la Figure 13). Parmi eux, 13 % ont cessé d'en consommer après avoir eu recours aux services d'un centre de désintoxication (voir la Figure 14).

Figure 13. Statut de la consommation de drogues injectables au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue

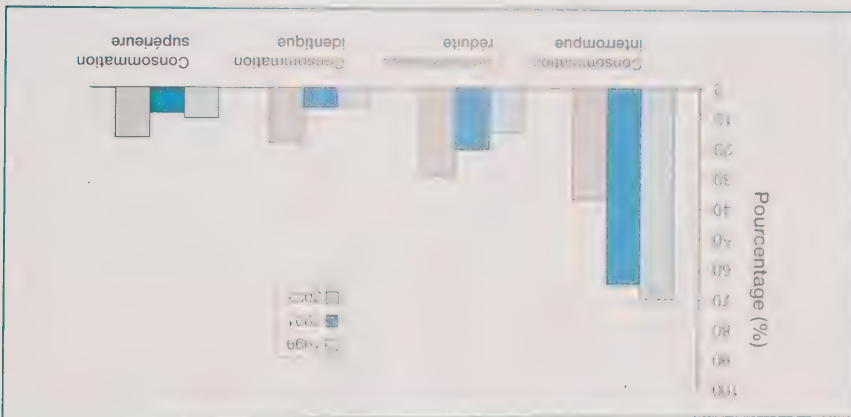
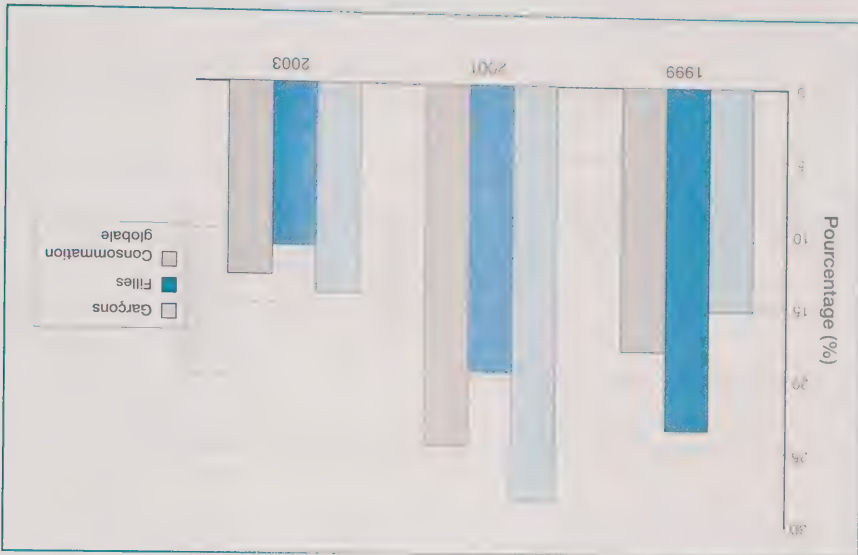
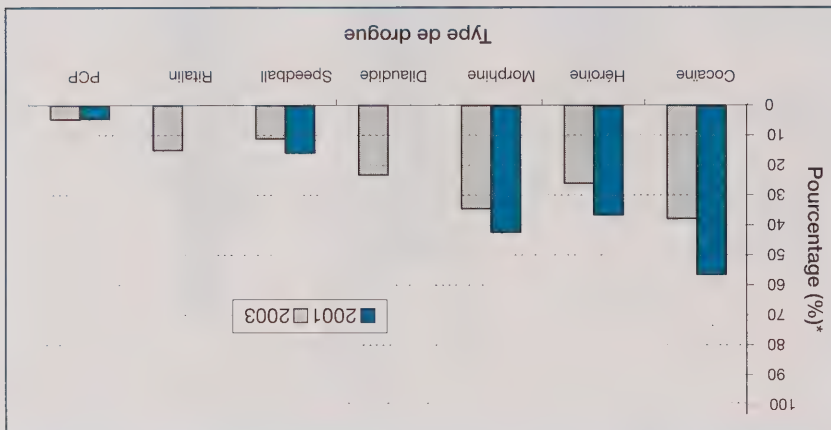


Figure 14. Jeunes de la rue ayant rapporté avoir eu recours aux services d'un centre de désintoxication pour avoir cessé de prendre des drogues injectables





\* Les jeunes pouvaient rapporter la consommation de plus d'une drogue injectable; les pourcentages pouvaient donc dépasser 100 %.

Figure 12. Drogues injectables les plus souvent consommées au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue ayant eu recours à des drogues injectables (2001 et 2003)

Malgré les variations parmi les drogues injectables les plus populaires au cours de la période couverte par l'étude, dans l'ensemble, les drogues injectables les plus souvent consommées par les jeunes étaient la cocaïne, l'héroïne, la morphine et les speedballs (une combinaison de cocaïne et d'héroïne) (voir les Figures 11 et 12). En 2003, près de 31 % des consommateurs de drogues injectables ont rapporté avoir emprunté les instruments nécessaires à leurs injections.

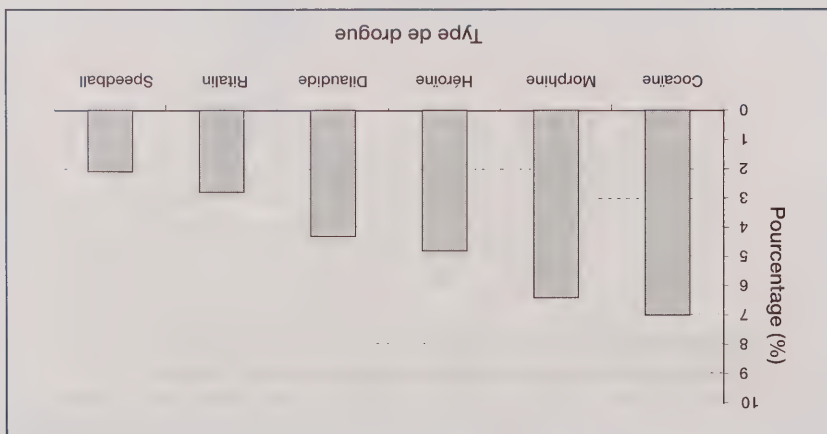


Figure 11. Drogues injectables les plus souvent consommées au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue (2003)



Comparativement aux jeunes de la rue, les jeunes qui ont eu recours à des drogues injectables, les consommateurs de telles drogues étaient plus âgés, plus susceptibles d'être nés au Canada et d'avoir abandonné leurs études de l'enseignement secondaire.

En outre, les parents ou les tuteurs des consommateurs de drogues injectables étaient plus susceptibles d'être physiquement violents et d'avoir eux-mêmes recours à ce type de drogues; la principale cause de la plupart des disparités était la consommation de drogues ou d'alcool. Les jeunes qui prenaient des drogues injectables étaient moins susceptibles de vivre chez leurs parents ou tuteurs à cause des violences, du divorce, de la négligence à leur égard, et étaient moins susceptibles d'avoir eu des contacts avec leurs tuteurs pendant les trois mois précédant l'entrevue.

De plus, ce qui concordait d'ailleurs avec une situation familiale instable, les consommateurs de drogues injectables étaient plus susceptibles d'avoir bénéficié des services d'un travailleur social, d'avoir vécu dans un foyer d'accueil, d'avoir été en foyer en groupe ou à temps plein dans la rue. Ces jeunes ont également rapporté plus de comportements criminels, puis 84 % d'entre eux avaient passé au moins une nuit dans un centre de détention ou une prison, et 71 % ont déclaré avoir des sources de revenus provenant d'activités illégales telles que le commerce du sexe, le vol ou la vente de drogues.

Une plus grande proportion d'utilisateurs de drogues injectables ont signalé avoir récemment consommé de façon excessive de l'alcool et avoir été abusé(e) sexuellement pendant des épisodes de consommation occasionnelle excessive d'alcool. Les utilisateurs de drogues injectables étaient par ailleurs plus de deux fois plus susceptibles de rapporter la consommation de méthamphétamine en cristaux, de crack, d'héroïne, de cocaïne, de crack, d'héroïne, de kétamine ou de speed au cours des trois mois précédant l'entrevue.

\* Les pourcentages sont basés sur le nombre d'observations non manquantes.  
† Les pourcentages sont significativement différents lorsque la valeur de p est < 0,05.  
‡ Les catégories de la caractéristique ne sont pas mutuellement exclusives.

CDI = Consommation de drogues injectables

Caractéristique		Les drogues non injectables ayant été consommées le plus souvent au cours des trois mois précédant :	
Ever IDU %† n=370	Never IDU %*† n=1291	Méthamphétamine en cristaux	Amphétamine (Speed)
18	6		Kétamine
11	5		Héroïne
14	5		Crack
4	2		
4	2		
4	1		

Table 2: Caractéristiques des jeunes de la rue ayant des antécédents de consommation de drogues injectables ou n'en ayant pas (2003)

Caractéristique	Âge		Caractéristique
	15 à 19 years	20 à 24 years	
	40	60	38
Abandon permanent des études	52	38	
Renvoi permanent de l'école	46	35	
Ne vit pas avec ses parents/tuteurs à cause de violences/ négligence	60	52	
Ne vit pas avec ses parents/tuteurs depuis au moins 1 an	82	62	
A eu des contacts avec un parent/tuteur au cours des trois mois précédant l'entrevue	77	83	
Vagabonde pendant plus de 40 heures par semaine	61	44	
Caractéristiques des parents/tuteurs‡ :	47	38	
Ils se frappent/s'agressent mutuellement	23	14	
Le père a déjà pris des drogues injectables	21	12	
La mère a déjà pris des drogues injectables	11	5	
Cause principale de la plupart des disputes :	14	9	
Consommation de drogues/d'alcool par le jeune	15	8	
Consommation de drogues/d'alcool par un parent	80	62	
Le jeune a déjà vécu dans la rue de façon permanente	78	68	
Le jeune a déjà été placé en famille d'accueil	52	40	
Le jeune a déjà été placé en foyer de groupe	54	45	
Le jeune a déjà été incarcéré ou détenu	84	56	
Le jeune a déjà été suivi par un agent de probation	73	51	
Le jeune a déjà obtenu des revenus provenant d'activités illégales au cours des trois mois précédents (y compris le commerce du sexe, le vol et la revente de drogues)	71	40	
Revenu principalement illégal au cours des trois mois précédents	45	19	
Intoxication alcoolique au cours des trois mois précédents	38	25	
Antécédents d'utilisation de drogues non injectables	99	94	

Ever IDU  
%\*†  
n=370

Never IDU  
%\*†  
n=1291

#### 4.6 Consommation de drogues injectables

Le recours aux drogues injectables représente un enjeu de taille en santé publique, et ce phénomène prend de plus en plus d'ampleur. La recrudescence générale de la consommation de drogues chez les jeunes et l'urgence du recours aux drogues injectables en tant que facteur de risque majeur du VIH, des virus de l'hépatite et d'autres pathogènes transmissibles par le sang sont les principales raisons expliquant ce phénomène<sup>31</sup>. Bien que la consommation de drogues injectables finisse par avoir un effet sur toute la société canadienne, certains secteurs de la population en sont affectés de manière disproportionnée<sup>32,33</sup>. Les Autochtones canadiens, les sans-abri, les détenus et les jeunes de la rue sont les principaux groupes à risque élevé quant à la consommation de drogues injectables<sup>1</sup>.

Les résultats de la SAJR ont démontré qu'environ 20 % des jeunes de la rue avaient rapporté avoir déjà consommé des drogues injectables (20,8 % en 1999, 18,4 % en 2001 et 22,3 % en 2003; voir la Figure 10). Des différences significatives<sup>34</sup> entre les jeunes de la rue consommant des drogues injectables et ceux qui n'en prenaient pas ont été observées, comme le montre le Tableau 2.

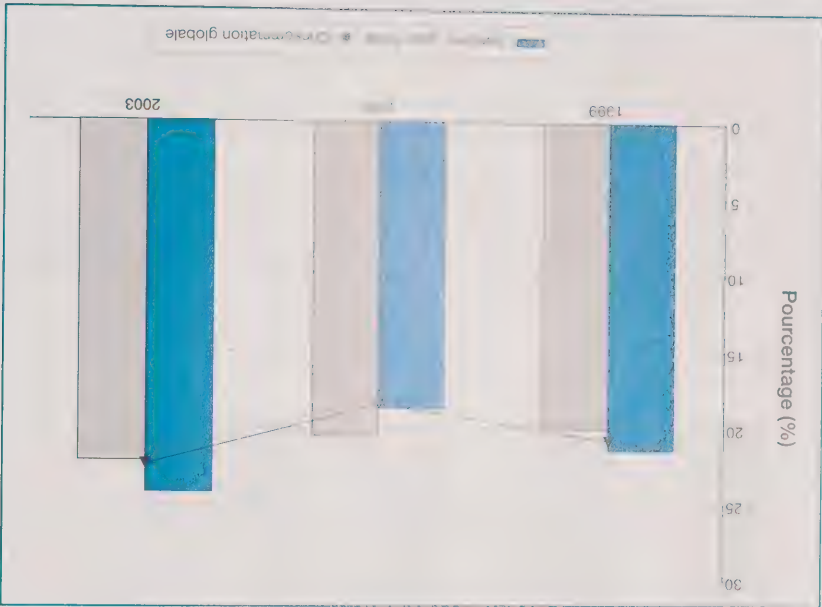
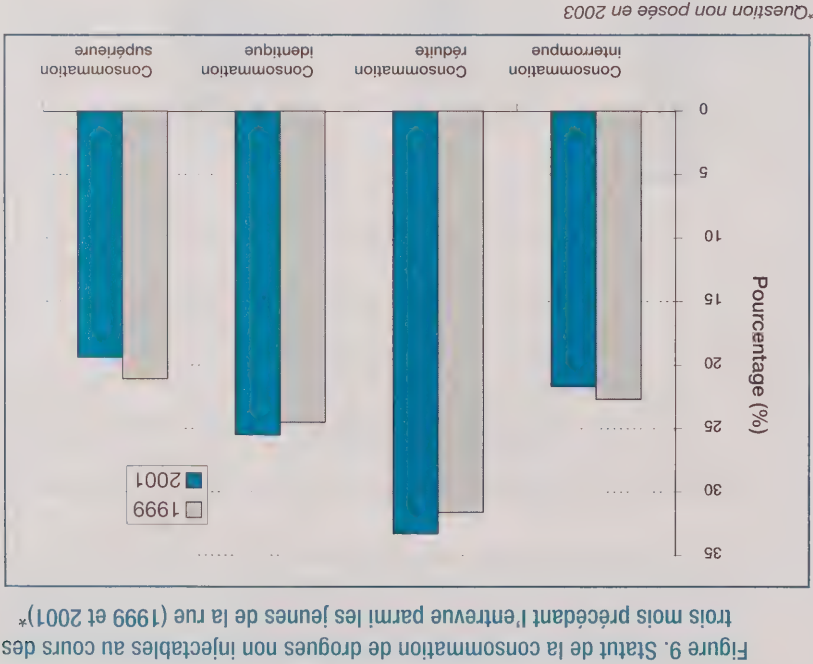


Figure 10. Consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue



Les facteurs de risque associés à une probabilité élevée de rapporter la consommation de drogues non injectables comprennent notamment le fait d'avoir déjà bénéficié des services d'un travailleur social; le fait d'avoir déjà vécu dans un foyer de groupe ou dans une famille d'accueil; le fait d'avoir été renvoyé de l'école; le fait d'avoir déjà séjourné en prison ou dans un centre de détention. Les jeunes de la rue qui avaient eu des contacts avec l'un de leurs parents au cours des trois mois précédant l'entrevue étaient moins susceptibles de rapporter la consommation de drogues non injectables que ceux qui n'avaient eu aucun contact avec leurs parents. Le fait de subir des violences n'était pas significativement associé à la consommation de drogues non injectables, ni même avec le fait que la mère ou le père du jeune avait déjà pris des drogues injectables. Il semblait par ailleurs y avoir une corrélation entre la durée de la période passée dans la rue et les types de drogues consommées.



La Figure 9 illustre le profil de consommation de drogues non injectables chez les jeunes de la rue en 1999 et en 2001. Dans l'ensemble, environ 22 % des utilisateurs de drogues non injectables ont rapporté avoir cessé d'en consommer dans les trois mois précédant l'entrevue. La moitié des jeunes ayant affirmé avoir cessé de prendre des drogues ont signalé avoir eu recours pour cela à des services d'un centre de désintoxication.

## Consommation de drogues non injectables

La SAJR a révélé que la consommation exclusive de drogues non injectables (p. ex., crack, cocaïne, ecstasy ou méthamphétamine en cristaux, à l'exception de l'alcool et du tabac) est demeurée constamment élevée pendant la durée de l'étude (plus de 70 % en 2003) (voir la Figure 7). La drogue la plus souvent consommée dans les trois mois précédant l'entrevue par les jeunes de la rue ayant rapporté faire usage de drogues non injectables était la marijuana (voir la Figure 8). Les jeunes de sexe masculin étaient plus susceptibles de rapporter la consommation de marijuana.

Figure 7. Consommation exclusive de drogues non injectables chez les jeunes de la rue

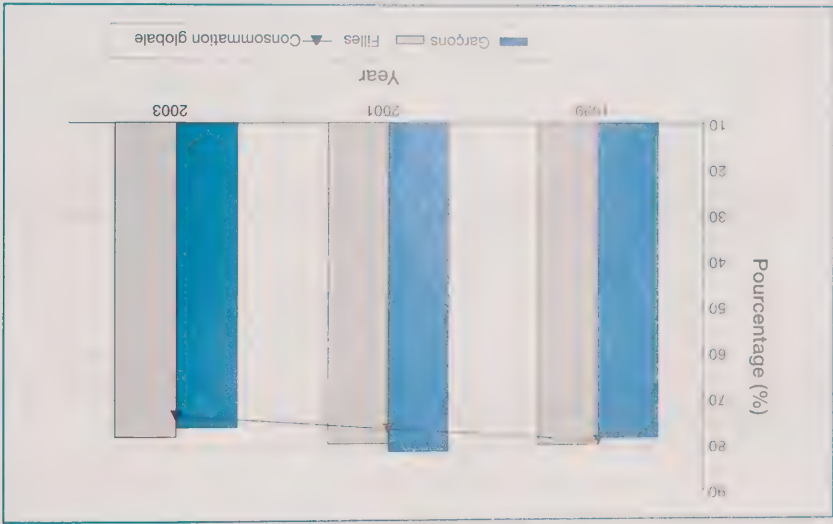
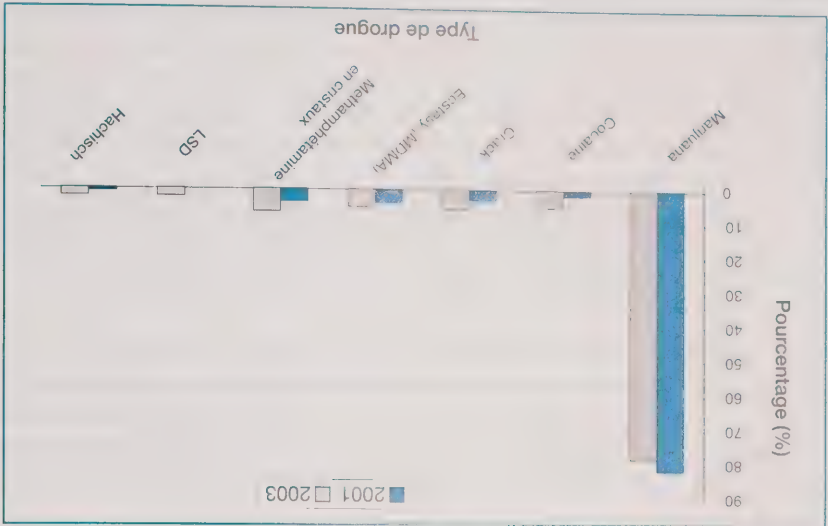


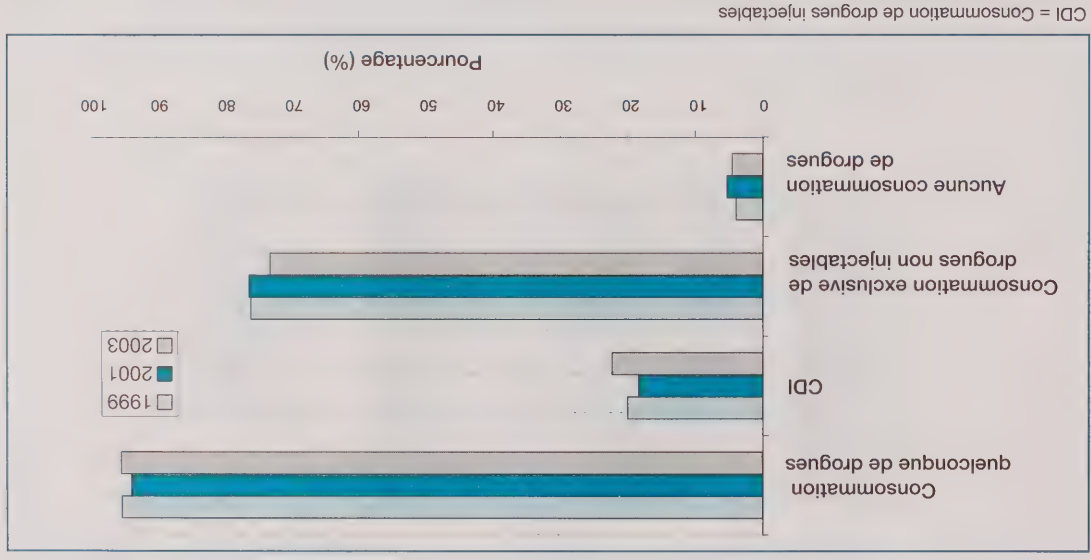
Figure 8. Drogues non injectables les plus souvent consommées dans les trois mois précédant l'entrevue par les jeunes de la rue ayant rapporté faire usage de drogues non injectables (2001 et 2003)\*



\* Les jeunes pouvaient rapporter l'utilisation de plus d'une drogue; par conséquent, les pourcentages peuvent dépasser 100 %. Ils pouvaient également employer autant de noms de drogues qu'ils voulaient (y compris les expressions argotiques employées dans le milieu).

Les résultats de la SAJR montrent que la proportion de jeunes de la rue ayant rapporté avoir déjà consommé un type quelconque de drogue est très élevée (voir Figure 6). La proportion combinée de consommation globale de drogues dans cette catégorie était de 95,2 % en 1999, de 93,8 % en 2001 et de 95,3 % en 2003. Seule une petite proportion de jeunes ont rapporté n'avoir jamais consommé un type quelconque de drogue. Il était par ailleurs évident que parmi les jeunes ayant déjà pris des drogues injectables, la majorité avait également consommé d'autres drogues non injectables.

Figure 6. Profil de la consommation de drogues parmi les jeunes de la rue



Pour ce qui est des jeunes de la population générale, l'Enquête sur les toxicomanies au Canada<sup>22</sup> (2004) a révélé qu'environ 37 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans avaient rapporté avoir consommé du cannabis/haschich au cours des 12 mois précédents, tandis que 61 % d'entre eux avaient reconnu en avoir pris dans le passé. Il a également été rapporté que le cannabis (marijuana) était la drogue la plus souvent consommée et que les jeunes de sexe masculin étaient plus susceptibles d'en prendre.

De même, le SCDEO<sup>17</sup> décrit les variations des taux d'utilisation de substances parmi les jeunes dans les années 1980, 1990 et actuelles. Les résultats démontrent que le taux d'utilisation de substances inhalées, de cannabis, d'hallucinogènes différents du LSD ou du PCP, et de MDMA (ecstasy) a diminué durant les années 1980, avant d'augmenter pendant les années 1990; ces taux, bien qu'actuellement stables, restent élevés. La consommation de LSD a également diminué pendant les années 1980, puis augmenté pendant les années 1990 : elle affiche actuellement une tendance à la baisse. La consommation de cocaïne et, dans une moindre mesure, de crack, a suivi le même parcours (diminution dans les années 1980, tendance à la hausse pendant les années 1990), tandis que la consommation d'héroïne, de PCP et de méthamphétamine est demeurée faible mais stable durant la même période.



En 2003, les jeunes de la rue de sexe masculin ont été plus susceptibles que les filles de rapporter une intoxication récente à l'alcool (37,9 % vs 34,2 %). La proportion de jeunes de la rue ayant rapporté avoir des relations sexuelles après une intoxication récente à l'alcool était constamment élevée (environ 59 %) pendant toutes les phases de la collecte de données pour la SAJR. Les facteurs de risque significativement associés à une intoxication récente à l'alcool chez les jeunes de la rue en 2003 comprennent le fait d'avoir été renvoyé de l'école ou d'avoir abandonné ses études; le fait d'avoir subi tout type de violence; le commerce du sexe et le fait d'avoir été emprisonné ou d'avoir séjourné dans un centre de détention.

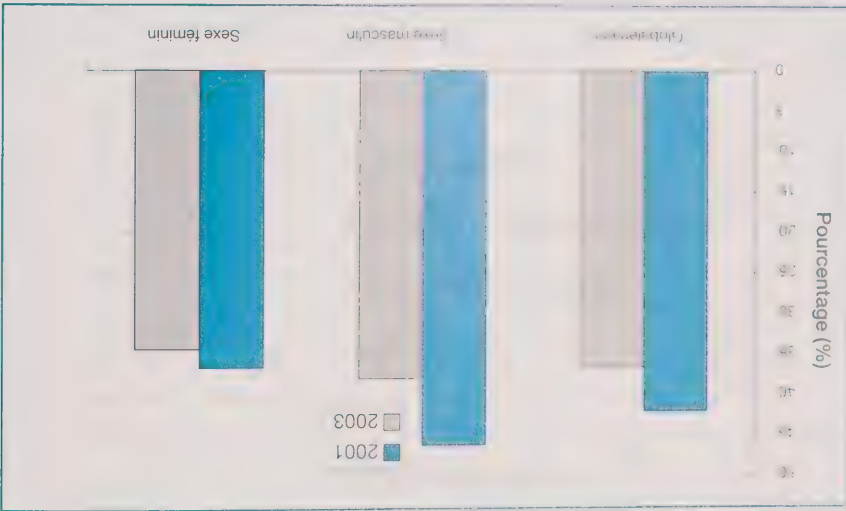


Figure 5. Intoxication au cours des trois mois précédents chez les jeunes de la rue ayant rapporté une consommation d'alcool au cours des trois mois précédant l'étude (2001 et 2003)

Dans la SAJR, l'intoxication alcoolique récente est définie par le fait d'avoir été « ivre » au moins une journée au cours des trois mois précédents. Dans l'ensemble, parmi les consommateurs réguliers d'alcool, la proportion de jeunes de la rue ayant signalé une intoxication récente à l'alcool était de 42,0 % en 2001 et de 36,6 % en 2003 (voir la Figure 5 ci dessous).

#### 4.3 Intoxication alcoolique récente

Les facteurs significativement associés à la consommation d'alcool chez les jeunes de la rue comprennent les violences sexuelles et d'autres types de violence; le commerce du sexe; des antécédents d'emprisonnement ou de séjour dans un centre de détention; le fait d'avoir été renvoyé de l'école ou d'avoir abandonné ses études.

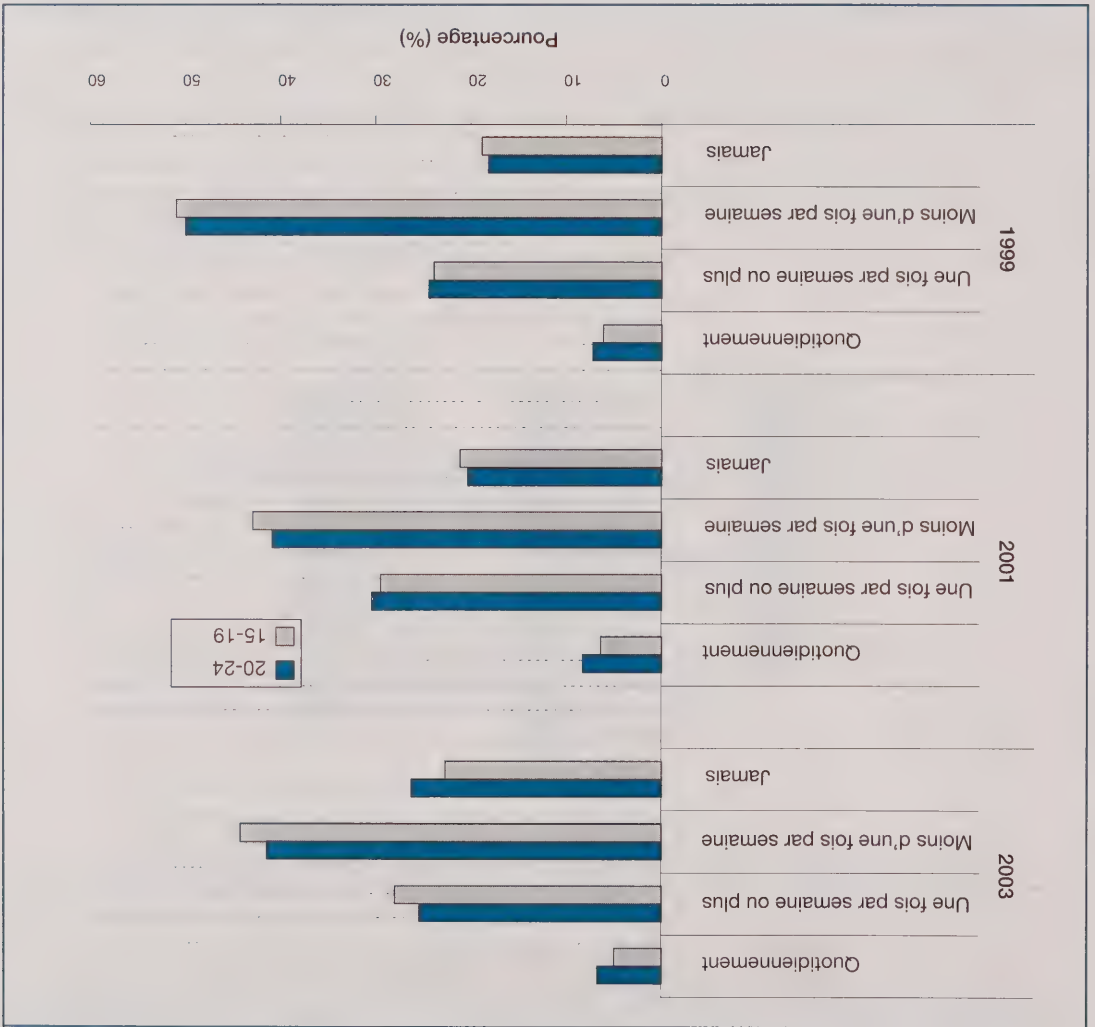


Figure 4. Consommation d'alcool au cours des trois mois précédant l'étude chez les jeunes de la rue, en fonction du groupe d'âge

## 4.2 Consommation d'alcool

La consommation abusive d'alcool, y compris la consommation excessive, est un problème majeur d'utilisation abusive de substances, en plus d'occasionner de sérieux problèmes de santé et des problèmes sociaux. L'alcool produit un puissant effet dépendant de la dose et des caractéristiques physiques de chaque personne. La consommation régulière et excessive d'alcool peut entraîner divers effets graves à court et à long terme pour la santé, par exemple, l'intoxication alcoolique, la cirrhose, l'insuffisance rénale, la dépression et une altération du jugement entraînant des accidents automobiles ou des hospitalisations, entre autres<sup>20,21</sup>.

Il existe de nombreuses études sur les facteurs de risque ou les facteurs prédictifs de la consommation d'alcool et de la consommation excessive d'alcool chez les jeunes<sup>1,2,9-11,22-30</sup>. La plupart de ces études laissent penser que les raisons incitant les adolescents à consommer de l'alcool sont complexes mais qu'elles comprennent la curiosité, le besoin de se conformer à ce que font les amis et un désir de se détendre et d'oublier ses problèmes. Les autres facteurs de risque importants de dépendance sont des comportements à risque observés chez son entourage et l'influence des parents ou de l'entourage. Les comportements à risque observés chez les pairs reflètent des attitudes et des décisions d'impliquer des substances. Le fait d'avoir des parents qui boivent ou qui valorisent la consommation d'alcool ou de drogues peut inciter les adolescents à goûter à l'alcool et à prendre l'habitude d'en boire<sup>31</sup>. Le fait de commencer tôt à consommer de l'alcool a été défini comme un facteur de risque important de problèmes ultérieurs liés à l'alcoolisme.

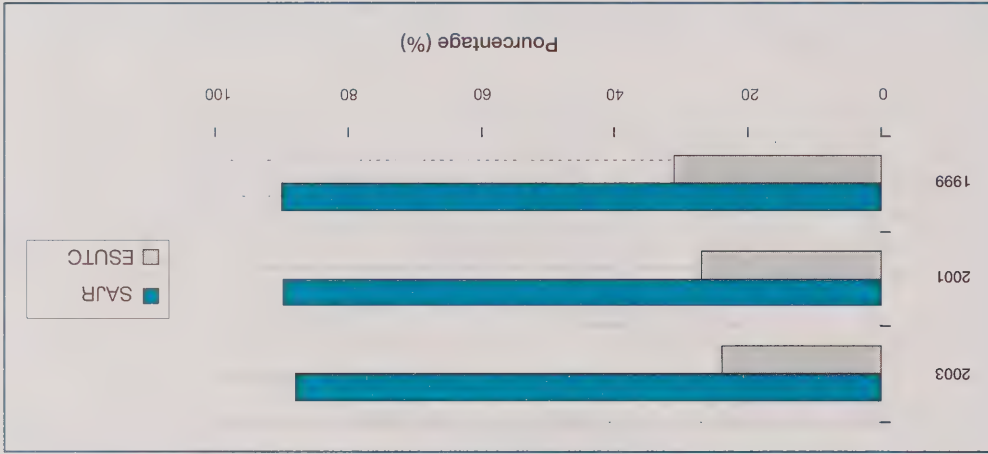
Dans les 12 mois qui ont précédé l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC), 79,3 % des Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont rapporté consommer de l'alcool, 14 % d'entre eux avaient cessé d'en consommer (il s'agit de ceux qui avaient déjà consommé de l'alcool durant leur vie, mais qui n'en avaient pas pris au cours des 12 derniers mois) et 7 % n'en avaient jamais consommé (ils n'en avaient jamais consommé de leur vie). Parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans, 83 % consommait de l'alcool au moment de l'étude, 8 % en avaient déjà consommé dans le passé et 9 % n'en avaient jamais consommé auparavant. Parmi les consommateurs actuels d'alcool âgés de 15 à 24 ans, 13,8 % ont affirmé qu'ils n'avaient de façon excessive (cinq boissons ou plus en une seule occasion) au moins une fois par semaine, et 46,0 % ont rapporté un tel profil de consommation d'alcool au moins une fois par mois<sup>22</sup>.

Dans la SAJR, la proportion de jeunes de la rue ayant rapporté consommer de l'alcool au cours des trois mois précédant l'entrevue était de 80,6 % en 1999, de 79,1 % en 2001 et de 75,7 % en 2003. Plus de 30 % des jeunes de la rue ont affirmé avoir bu de l'alcool au moins une fois par semaine au cours des trois mois précédant l'entrevue. Environ 5 % des jeunes ont affirmé avoir bu de l'alcool chaque jour pendant tous les cycles de l'étude. La proportion de jeunes ne consommant pas d'alcool est passée de 18,6 % en 1999 à 24,2 % en 2003. Une plus grande proportion de filles vivant dans la rue ont déclaré elles-mêmes ne jamais consommer d'alcool, même pas à l'occasion; cette proportion est demeurée constante pendant toute la période couverte par l'étude. Comme il le montre la Figure 4, la fréquence de consommation d'alcool était assez similaire entre le groupe d'âge plus jeune et celui plus âgé des jeunes de la rue pendant toute la période couverte par l'étude.

D'après les données de 1999 et de 2001 (la question n'avait pas été posée en 2003), les jeunes de la rue fumaient environ 15 cigarettes par jour (les filles en fumaient 14 à 16 et les garçons 16 à 18 par jour); près de 72 % des fumeurs grillaient plus de 10 cigarettes par jour.

La Figure 3 compare la proportion de fumeurs parmi les jeunes de la rue (SAJR) avec les jeunes de la population générale. L'Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada<sup>16</sup> (ESUTC) est une enquête menée auprès de la population générale afin d'étudier l'usage du tabac et la quantité de tabac fumé, en particulier chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, le groupe d'âge où les jeunes sont le plus susceptibles de commencer à fumer. Cette enquête démontre que dans l'ensemble, la proportion de fumeurs chez les jeunes de 15 à 24 ans est passée de 31 % en 1999 à 24 % en 2003. De même, le Sondage sur la consommation de drogues parmi les élèves de l'Ontario (SCDEO)<sup>17</sup>, la plus longue enquête provinciale en cours menée auprès d'élèves sur la consommation de drogues au Canada, a rapporté que les taux de tabagisme parmi les élèves de l'Ontario étaient actuellement en baisse. Dans la population générale, les jeunes de 15 à 19 ans ont rapporté consommer en moyenne 11,6 cigarettes par jour; les garçons fumaient en moyenne 2,2 cigarettes de plus par jour (13,8) que les filles (11,6). Par contre, la SAJR a constaté que les taux de tabagisme chez les jeunes de la rue sont demeurés constamment élevés.

Figure 3. Proportion de jeunes fumeurs âgés de 15 à 24 ans selon l'ESUTC et la SAJR



CTUMS=Canadian Tobacco Use Monitoring Survey  
E-SYS=Enhanced Surveillance of Canadian Street Youth

Comme l'ont montré des études publiées, les facteurs associés au tabagisme chez les jeunes comprennent le faible statut socio-économique; l'usage de la cigarette par l'entourage ou les frères et sœurs qui approuvent cet usage; le fait d'avoir des parents ou des tuteurs qui fument; l'accessibilité, la disponibilité et le prix des produits du tabac; la perception selon laquelle le tabagisme est un comportement normal; le manque de soutien ou d'encadrement parental; le faible taux de réussite scolaire; le manque de caractère pour résister aux influences du tabagisme; une mauvaise image ou une piètre estime de soi même; des convictions personnelles à l'égard des bienfaits fonctionnels du tabagisme; et le manque de ressources personnelles permettant de refuser les cigarettes offertes<sup>18,19</sup>. Parmi les jeunes de la rue recrutés dans le cadre de la SAJR, les facteurs prédictifs importants du tabagisme comprenaient des antécédents d'emprisonnement ou de séjour dans un centre de détention et le fait d'avoir été renvoyé de l'école ou d'avoir abandonné ses études.





## 4.1 Tabagisme

Le tabagisme, qui peut causer une très forte dépendance, fait partie des principales causes de décès prématuré et de morbidité dans le monde entier<sup>14</sup>. Le tabagisme tue la moitié de tous les fumeurs réguliers, soit plus de personnes que le sida, les drogues légales et illégales, les accidents de la route, les meurtres et le suicide combinés<sup>14</sup>. Chaque année au Canada, plus de 45 000 personnes décèdent de causes liées au tabagisme (ces statistiques comprennent également les personnes exposées à la fumée secondaire)<sup>15</sup>. Le tabagisme est la principale cause de maladies respiratoires, de cancers et de maladies circulatoires. C'est un fardeau lourd à porter pour la société, avec des effets directs et indirects, tant sur le plan de la baisse de productivité économique que sur celui de la hausse des soins de santé<sup>15</sup>.

Pendant les trois phases de la collecte de données, près de 80 % des jeunes ont affirmé fumer tous les jours. Comme le montre la Figure 1, la proportion de jeunes ayant affirmé fumer quotidiennement était élevée (84,3 % en 1999, 82,5 % en 2001 et 78,8 % en 2003). La proportion de jeunes ayant affirmé fumer occasionnellement était de 5,7 % en 1999, de 7,2 % en 2001 et de 9,2 % en 2003. Aucune différence majeure n'a été observée entre les groupes d'âge ou les sexes pour ce qui était des proportions de jeunes de la rue ayant affirmé fumer quotidiennement (Figure 2).

Figure 1. Tabagisme quotidien et occasionnel parmi les jeunes de la rue

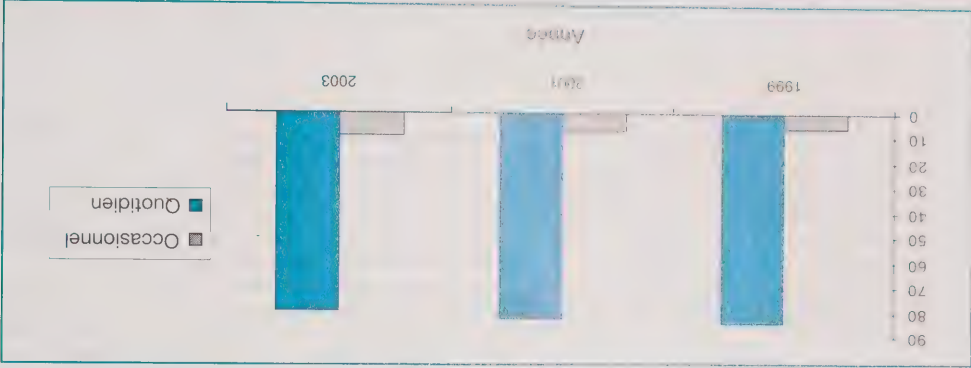
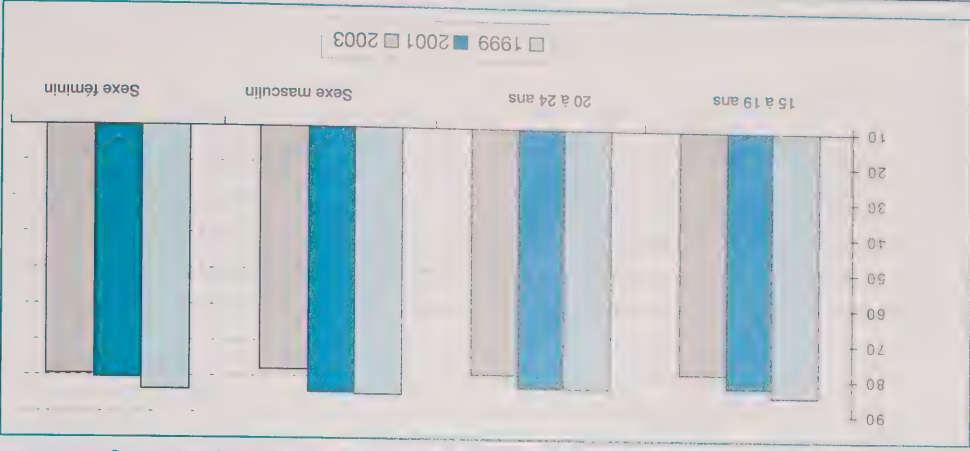
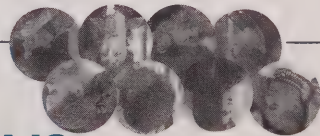


Figure 2. Tabagisme quotidien parmi les jeunes de la rue en fonction du groupe d'âge et du sexe



### 3. Profil Démographique des Participants à la SAJR



Le Tableau 1 présente les caractéristiques démographiques de la population des jeunes de la rue en fonction des années couvertes par l'étude.

Tableau 1. Aperçu des caractéristiques socio-démographiques des jeunes de la rue recrutés aux fins de la SAJR

Profil démographiques <sup>a</sup>			
	1999 (N <sup>b</sup> = 1645)	2001 (N = 1427)	2003 (N = 1656)
<b>Sexe :</b>			
	Homme 61,7	56,6	62,9
Femme 38,3	43,4	37,1	19,7
<b>Âge moyen (ans)</b>	18,9	19,0	19,7
<b>Groupe Âge :</b>			
15 à 19 years 63,5	68,0	56,9	43,1
20 à 24 years 36,5	32,0	43,1	
<b>Lieu de naissance :</b>			
Au Canada 92,2	92,9	91,9	
A l'extérieur du Canada 7,9	7,1	8,1	
<b>Origine ethnique<sup>c</sup> :</b>			
Autochtone <sup>d</sup> 27,7	33,6	36,3	
Blanc 63,3	60,1	59,5	
Africain/Noir 4,3	4,2	5,3	
Autre 8,5	8,5	7,0	

<sup>a</sup> Les données sont présentées en pourcentages, sauf indication contraire.

<sup>b</sup> N = Dénominateur (nombre de jeunes recrutés)

<sup>c</sup> Les jeunes pouvaient déclarer plus d'une origine ethnique. Par conséquent, la somme des pourcentages pourrait dépasser 100 %.

<sup>d</sup> L'expression « Autochtone » comprend les membres des Premières nations, les Métis, les Inuits et les autres membres de la population autochtone.

Le nombre de participants de sexe masculin était plus élevé, le rapport garçons/filles était d'environ 2:1 dans l'ensemble des années couvertes par l'étude. L'âge des jeunes de la rue était compris entre 15 et 24 ans, la moyenne étant d'environ 19 ans durant toutes les années où ils ont été recrutés. Moins de 10 % des participants à l'étude ont déclaré être nés à l'extérieur du Canada. L'origine ethnique des participants était variable, près de 60 % d'entre eux ont déclaré être de race blanche et environ 30 % d'origine autochtone; environ 12 % se sont dits africains, asiatiques, originaires du Moyen Orient ou d'une autre appartenance ethnique.

## 2.3 Limites

La SAIR présente plusieurs limites qui devraient être soulignées.

- Premièrement, elle est de nature transversale. Comme toutes les études transversales, elle ne permet pas d'établir de causalité.
- Deuxièmement, l'échantillon est restreint à sept grandes villes du Canada. Nous considérons cet aspect à la fois comme une force et une faiblesse. Sa force réside dans le fait qu'il nous renseigne sur la présence des jeunes de la rue dans les villes où ils se retrouvent généralement, de même que sur les difficultés qu'ils éprouvent dans leur vie. Sa faiblesse est que les résultats ne s'appliquent pas nécessairement à d'autres zones géographiques ou à des régions moins peuplées.
- Troisièmement, les jeunes ont été recrutés au moyen de la technique non structurée de sondage en boule de neige. L'étude ayant fait l'objet d'une bonne publicité et ayant été annoncée de vive voix aux participants potentiels, aucune base de sondage géographique particulière ou processus d'aiguillage direct n'ayant été utilisé. Bien que cette technique se soit révélée efficace dans le cas de populations difficiles à joindre comme les jeunes de la rue, elle pourrait entraîner un biais de sélection.
- Enfin, les conclusions sont fondées sur des données provenant de déclarations des répondants. En l'occurrence, la fiabilité des renseignements fournis n'a pu être établie, sauf dans les cas spécifiques où les jeunes nous ont indiqués qu'ils ne se retrouvent pas dans les lieux où ils ont été interrogés. Plus, les jeunes de la rue composant cet échantillon étaient peut-être réticents à faire état de comportements risqués ou sociaux, comme le fait d'avoir des relations sexuelles non protégées, de s'adonner au commerce du sexe ou de s'injecter des drogues et, par conséquent, ces comportements ont peut-être été sous-déclarés.

**L'analyse à une variable** évalue la corrélation entre une variable indépendante et une variable des résultats d'intérêt, sans tenir compte d'autres variables indépendantes potentielles. Dans ce rapport, on a effectué une analyse à une variable au moyen du test du chi carré portant sur l'hétérogénéité.

**Les corrélations statistiquement significatives** des analyses à une variable sont définies par une valeur  $p < 0,05$ ; elles sont identifiées à l'aide du symbole § dans le présent rapport. .

**L'analyse multivariée** porte sur de nombreux facteurs ou variables simultanément : autrement dit, elle étudie la corrélation de chaque variable indépendante avec une variable des résultats d'intérêt, tout en contrôlant d'autres variables. L'analyse de régression logistique a été employée pour l'analyse multivariée.

**Les associations indépendantes** ont été déterminées par des analyses multivariées. Elles sont identifiées par le symbole ¶ dans le présent rapport. Les variables qui se sont avérées significativement corrélées avec les variables des résultats d'intérêt dans l'analyse à une variable ont été incluses dans l'analyse multivariée et sont les suivantes : âge, sexe, antécédents d'ITS, âge au moment des premières activités sexuelles; nombre de partenaires sexuels durant la vie; antécédents d'emprisonnement; foyer d'accueil et (ou) foyer de groupe; le fait de bénéficier des services d'un travailleur social; le fait d'avoir déjà eu des relations sexuelles non désirées; le fait d'avoir été renvoyé de l'école; le fait d'avoir abandonné ses études; et le risque perçu de contracter des ITS.

## 2.2 Tests de laboratoire

Le test de la réaction de polymérase en chaîne (PCR) AmpliCor de Roche a été utilisé pour détecter *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*. La détection des anticorps du virus *Herpes simplex* (VHS) (VHS) a été effectuée au moyen d'un dosage immuno-enzymatique (EIA) VHS I/II (Meridian); les résultats positifs répétés et discordants à l'EIA ont été confirmés par dosage immunologique à paramètres multiples (MPRL Diagnostics) spécifiques du sérotype. Le dépistage des anticorps du virus de l'hépatite C (VHC) a été effectué au moyen du dosage immuno-enzymatique Ortho HCV 3.0; les résultats positifs répétés à l'EIA ont été confirmés par immunotransfert (HCV 3.0 RIBA). On a utilisé un test PCR pour détecter toute séroconversion récente dans le cas où le résultat du test RIBA (v3) était indéterminé. On a en outre effectué des tests de détection des marqueurs sérologiques de l'infection par le virus de l'hépatite B (VHB) — anticorps contre l'antigène de surface et l'antigène capsidique du VHB. On a effectué un test de dépistage sérologique de la syphilis (test rapide de la réagine plasmatique [RPR]/Laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes [VDRL]), suivi d'un test de confirmation (anticorps antitreponémique fluorescent absorbé [FTA ABS]/test de microhématagglutination — *Treponema pallidum* [MHA-TP]).





La surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada est un système sentinelle et multicentrique L qui examine les taux d'ITSS, les comportements à risque et les déterminants du risque chez les jeunes de la rue au Canada à l'aide de sondages répétés accompagnés d'échantillonnages multiqués (analyses de sang ou d'urine). Un projet pilote, lancé en octobre 1998 (phase I), a examiné la faisabilité d'une étude sur la population des jeunes de la rue. Depuis, des données ont été recueillies dans plusieurs grandes villes d'un bout à l'autre du Canada, tous les deux ans, d'abord en 1999 (phase II), puis en 2001 (phase III) et en 2003 (phase IV).

Durant la phase II, les jeunes ont été recrutés au moyen de la technique non structurée de sondage en boule de neige, une méthode qui s'est révélée efficace auprès des populations difficilement accessibles<sup>2</sup>. Les participants ont été recrutés par l'intermédiaire de haltes accueil et de services d'approche. Aux fins des sondages comportementaux, les critères d'inclusion des répondants étaient les suivants : a) ils devaient avoir entre 15 et 24 ans inclusivement; b) ils pouvaient s'exprimer en français ou en anglais; et c) ils devaient, au cours des six mois précédents, avoir été absents du domicile familial durant au moins trois nuits consécutives; s'être enfuit de chez eux (ou d'un autre domicile) durant trois jours ou plus; ou avoir été chassés de chez eux durant trois jours ou plus; ou avoir été sans domicile fixe durant trois jours ou plus.

Les données ont été recueillies au moyen de deux questionnaires remplis par des intervieweurs. Le premier questionnaire comprenait des questions sur les données démographiques, le style de vie, les pratiques sexuelles, les attitudes et les connaissances concernant les comportements à risque, ainsi que sur les antécédents familiaux. En plus de répondre au questionnaire, les jeunes devaient fournir une base facultative un échantillon d'urine et de sang. Au besoin, un second questionnaire concernant les obstacles à la notification aux partenaires a été administré, à titre d'ajout, dans le cas des jeunes ayant obtenu des résultats positifs pour les ITSS à leurs analyses de sang. Les phases III et IV de l'étude ont suivi la même méthodologie que celle de la phase II. Les jeunes ne pouvaient participer à l'étude qu'une seule fois au cours de chacune des phases de collecte de données. En tout, 4 728 jeunes de la rue ont été recrutés pendant les trois phases de collecte de données : 1 645 en 1999, 1 427 en 2001 et 1 656 en 2003.

## Analyse statistique

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel statistique SAS (version 8, SAS Institute, Cary, NC). Des tests du chi carré ont servi à comparer les répartitions au sein des facteurs démographiques. Une valeur  $p$  bilatérale inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative dans l'analyse à une variable. D'autres analyses multivariées à l'aide de modèles de régression logistique ont été menées en considérant toute valeur de  $p$  inférieure à 0,10 comme statistiquement significative pour sélectionner les facteurs indépendants associés à des résultats précis. Pour obtenir des renseignements plus détaillés, veuillez consulter la section « Méthodologie » du rapport de l'Agence de santé publique du Canada de 2006 intitulé *Les jeunes de la rue au Canada : Constat de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada de 1999 à 2003*<sup>13</sup>. Pour les besoins du présent rapport, les plus jeunes parmi eux sont ceux âgés de 15 à 19 ans, tandis que les jeunes dits « plus âgés » sont ceux de 20 à 24 ans.

## 1.1 Objectifs

- Les renseignements figurant dans le présent rapport proviennent de la SAJR. Nous espérons que les informations ainsi recueillies permettront d'atteindre les objectifs suivants :
- déterminer les tendances actuelles en matière d'utilisation de substances chez les jeunes de la rue;
  - déterminer les facteurs démographiques et sociaux associés à cette utilisation chez les jeunes de la rue;
  - déterminer les facteurs de risque potentiel associés à cette utilisation chez les jeunes de la rue.

# 1. Introduction



Pour certains jeunes, le fait de goûter à la cigarette, à l'alcool ou aux drogues peut s'inscrire dans une étape de transition vers l'âge adulte, mais pour d'autres, en particulier les jeunes de la rue, cette expérimentation les entraîne souvent, avec le temps, vers des problèmes d'utilisation de substances, lesquels découlent probablement de la perception selon laquelle cette utilisation leur permettrait de faire face aux dures réalités de la vie dans la rue.

De nombreuses études ont examiné l'utilisation de substances et les comportements sexuels à risque, ainsi que leur impact sur la santé des jeunes de la rue<sup>1-8</sup>. Elles ont toutes démontré que cette utilisation était plus prévalente chez les jeunes de la rue que chez les jeunes de la population générale<sup>8</sup>. Un très grand nombre de facteurs en constante évolution ont été évoqués pour expliquer ce phénomène, à savoir, entre autres, les mauvais traitements des parents, l'influence de l'environnement, la curiosité, la vulnérabilité génétique, des caractéristiques individuelles de la personnalité et les facteurs stressants du milieu<sup>1</sup>.

Les populations consommatrices de drogues peuvent être exposées à un risque accru de comportements sexuels à risque élevé<sup>9,10</sup>. On a même suggéré que la consommation de drogues était souvent un déterminant ou un corrélat important des comportements sexuels à risque.

Les conséquences à court et à long terme de l'utilisation de substances sur la santé, l'état psychologique et le statut social sont nombreuses et peuvent inclure une morbidité élevée et un taux élevé de décès prématurés à cause de la présence de maladies chroniques telles que l'hépatite C ou le VIH/sida, ainsi qu'en raison de la prévalence élevée de blessures, de tendances suicidaires, de complications de vols et de crimes violents. Les coûts associés à l'utilisation des soins de santé et du système de justice criminelle sont d'autres fardeaux importants pour la société.

Les informations portant sur les profils d'utilisation des substances chez les jeunes de la rue au Canada sont souvent basées sur des sondages menés auprès d'étudiants. Donc, même si ces sondages donnent un aperçu général de l'utilisation de ces substances chez les jeunes, ils incluent souvent les jeunes qui sont en établissement ou qui ont abandonné leurs études ou encore ceux qui présentent un risque élevé de consommation ou qui consomment déjà des substances<sup>1</sup>.

Les informations dont nous disposons montrent que comparativement aux jeunes de la population générale, les jeunes de la rue sont 11 fois plus susceptibles de mourir des suites d'une overdose ou d'un suicide<sup>6</sup>. Une autre étude menée à Montréal a révélé que près de la moitié (45,8 %) des jeunes de la rue de cette ville avaient déjà pris des drogues injectables<sup>7</sup>. Il est évident que les populations de jeunes les plus à risque d'utiliser des substances ne sont pas prises en considération par les sondages téléphoniques menés auprès de la population ou par les sondages sur la consommation de drogues menés auprès d'étudiants. Le système de Surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada (SARJ) tente quant à lui de rejoindre cette population et d'obtenir des renseignements sur les jeunes de la rue dans le but de compléter la description générale de l'utilisation de substances chez les jeunes au Canada.

Il est de notoriété publique que les approches thérapeutiques classiques et les programmes acc-  
tuels ne sont pas efficaces auprès des jeunes de la rue. Par conséquent, d'autres approches in-  
tégrées visant à créer et à mettre en œuvre des programmes d'intervention pour cette population  
marginalisée s'imposent. De même, il est impératif de mettre en place des initiatives polyvalentes,  
propres aux garçons comme aux filles, qui traitent des déterminants plus larges des problèmes  
de santé, et non des interventions de santé publique ciblant une question particulière, car ces  
dernières ne sont pas susceptibles de s'attaquer aux causes profondes de l'utilisation de sub-  
stances et des comportements à risque qui y sont associés.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec :

Section de la surveillance et de l'épidémiologie

Division des infections acquises dans la collectivité

Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses

Agence de la santé publique du Canada

Immeuble Jeanne Mance, I.A. : 1906B

Ottawa (Ontario) K1A 0K9

Télec. : 613-941-9813



# Sommaire

L'utilisation de substances est un problème fréquent chez les jeunes de la rue. La prévalence de drogues et des comportements risqués liés à cette dernière est beaucoup plus élevée chez les jeunes de la rue que chez les jeunes de la population générale<sup>1</sup>. Malgré son effet nuisible sur la santé, l'état psychologique et le statut social, la toxicomanie persiste parmi les populations des jeunes de la rue, qui considèrent les préoccupations liées à leurs besoins quotidiens immédiats plus pressantes que celles liées aux risques pour leur santé<sup>2,3</sup>.

Le présent rapport vise à fournir de plus amples renseignements sur l'utilisation de substances chez les jeunes de la rue. Il est basé sur la Surveillance Accrue des Jeunes de la Rue au Canada (SAJR), un système national et multicentrique de surveillance sentinelle qui observe les taux d'infections transmises sexuellement et d'infections à pathogènes transmissibles par le sang (ITSS), les comportements et les déterminants du risque au sein de la population de jeunes de la rue au Canada. Y sont présentés les principaux résultats de l'étude couvrant les années 1999, 2001 et 2003.

## Principaux résultats

- Les taux de tabagisme sont très élevés chez les jeunes de la rue. Environ 80 % d'entre eux ont affirmé fumer environ la moitié d'un paquet de cigarettes par jour. Les filles fumaient en moyenne 14 à 16 cigarettes par jour, les garçons, 16 à 18.
- La consommation d'alcool est fréquente chez les jeunes de la rue. En 2003, près de 76 % d'entre eux ont affirmé avoir consommé de l'alcool dans les trois mois précédant l'entrevue; environ 5 % d'entre eux ont affirmé boire de l'alcool quotidiennement.
- Pres de 40 % des jeunes de la rue ayant consommé de l'alcool ont fait état d'une intoxication alcoolique récente.
- Les jeunes de la rue ayant affirmé utiliser des substances étaient plus susceptibles de rapporter la consommation d'autres substances (drogues multiples).
- Les taux de consommation de drogues non injectables sont extrêmement élevés; en effet, 95 % des jeunes ont rapporté en avoir déjà pris. La marijuana était la drogue non injectable la plus souvent utilisée.
- Les taux de consommation de drogues injectables sont également élevés. Environ 20 % des jeunes de la rue ont rapporté en avoir déjà utilisé au courant de leur vie. La cocaïne était la drogue injectable la plus fréquente.
- Environ 31 % des jeunes de la rue ont affirmé qu'ils n'utilisaient pas toujours des instruments propres pour s'injecter de la drogue.
- Environ 22 % des consommateurs de drogues non injectables et 37 % de ceux prenant des drogues injectables ont affirmé qu'ils avaient cessé de consommer des drogues.
- Parmi les jeunes qui avaient signalé avoir cessé de consommer des drogues, la moitié des utilisateurs de drogues non injectables et près du tiers de ceux qui prenaient des drogues injectables avaient cessé d'en consommer après avoir recouru aux services d'un centre de désintoxication.

# Illustrations

## Tableaux

Tableau 1.	Appercu des caractéristiques socio-démographiques des jeunes de la rue recrutés aux fins de la SAJR . . . . .	6
Tableau 2.	Caractéristiques des jeunes de la rue ayant des antécédents de consommation de drogues injectables ou n'en ayant pas (2003) . . . . .	16
Tableau 3.	Antécédents sexuels des jeunes de la rue ayant déjà utilisé des drogues injectables ou pas (2003) . . . . .	22

## List of Figures

Figure 1.	Tabagisme quotidien et occasionnel parmi les jeunes de la rue . . . . .	7
Figure 2.	Tabagisme quotidien parmi les jeunes de la rue en fonction du groupe d'âge et du sexe . . . . .	7
Figure 3.	Proportion de jeunes fumeurs âgés de 15 à 24 ans selon l'ESUTC et la SAJR . . . . .	8
Figure 4.	Consommation d'alcool au cours des trois mois précédant l'étude chez les jeunes de la rue, en fonction du groupe d'âge . . . . .	10
Figure 5.	Intoxication au cours des trois mois précédents chez les jeunes de la rue ayant rapporté une consommation d'alcool au cours des trois mois précédant l'étude (2001 et 2003) . . . . .	11
Figure 6.	Profil de la consommation de drogues parmi les jeunes de la rue . . . . .	12
Figure 7.	Consommation exclusive de drogues non injectables chez les jeunes de la rue . . . . .	13
Figure 8.	Drogues non injectables les plus souvent consommées dans les trois mois précédant l'entrevue par les jeunes de la rue ayant rapporté faire usage de drogues non injectables (2001 et 2003)* . . . . .	13
Figure 9.	Statut de la consommation de drogues non injectables au cours des trois mois précédant l'entrevue parmi les jeunes de la rue (1999 et 2001)* . . . . .	14
Figure 10.	Consommation de drogues injectables chez les jeunes de la rue . . . . .	15
Figure 11.	Drogues injectables les plus souvent consommées au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue (2003) . . . . .	18
Figure 12.	Drogues injectables les plus souvent consommées au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue ayant eu recours à des drogues injectables (2001 et 2003) . . . . .	18
Figure 13.	Statut de la consommation de drogues injectables au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue . . . . .	19
Figure 14.	Jeunes de la rue ayant rapporté avoir eu recours aux services d'un centre de désintoxication pour cesser de prendre des drogues injectables . . . . .	19
Figure 15.	Taux d'infection par le virus de l'hépatite C chez les jeunes de la rue . . . . .	20
Figure 16.	Comportements sexuels au cours des trois mois précédant l'entrevue chez les jeunes de la rue ayant rapporté la consommation de drogues (injectables et non injectables) (2001 et 2003) . . . . .	21

# Tables des Matières

iii	Sommaire . . . . .	Principaux résultats . . . . .	iii
1	Introduction . . . . .	1.1 Objectifs . . . . .	2
3	Méthodologie. . . . .	2.1 Analyse statistique. . . . .	3
		2.1.1 Terminologie des analyses . . . . .	4
		2.2 Tests de laboratoire. . . . .	4
		2.3 Limites . . . . .	5
6	Profil démographique des participants à la SAJR. . . . .		6
4	Utilisation de substances . . . . .		7
		4.1 Tabagisme . . . . .	7
		4.2 Consommation d'alcool . . . . .	9
		4.3 Intoxication alcoolique récente. . . . .	11
		4.4 Profils généraux de la consommation de drogues . . . . .	12
		4.5 Consommation de drogues non injectables . . . . .	13
		4.6 Consommation de drogues injectables . . . . .	15
		4.6.1 Consommation de drogues injectables et hépatite C . . . . .	20
5	Comportements Sexuels et ITS. . . . .		21
6	Implications . . . . .		23
7	Conclusions . . . . .		25
8	Bibliographie . . . . .		26

Les jeunes de la rue au Canada

et l'utilisation de substances

---

Constatations découlant de la surveillance  
accrue des jeunes de la rue au Canada,  
1999 – 2003



Notre mission est de promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.

*Agence de la santé publique du Canada*

Pour en obtenir des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec le :

Centre canadien d'information sur le VIH/sida

400 – 1565, avenue Carling

Ottawa ON K1Z 8R1

Numéro sans frais : 1-877-999-7740

Tél. : 613-725-3434

Fax : 613-725-1205

Courriel : [aidssida@cpha.ca](mailto:aidssida@cpha.ca)

Site Web : <http://www.aidssida.cpha.ca/>

La présente publication est également disponible sur demande sur disquette, en gros caractères, sur bande sonore ou en braille.

La présente publication est également disponible sur Internet à l'adresse suivante : [www.santepublique.gc.ca/its](http://www.santepublique.gc.ca/its)

Le présent rapport a été produit grâce à une subvention du Bureau de la recherche et de la surveillance du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées de Santé Canada, et en collaboration avec lui.

© Sa Majesté la Reine du Chef du Canada, représentée par le ministre de Santé, 2007

Cat.: HP5-23/2007

ISBN: 978-0-662-49759-2



Agence de la santé  
publique du Canada

Public Health  
Agency of Canada

# Les jeunes de la rue au Canada et l'utilisation de substances



Constations découlant de la  
surveillance accrue des jeunes de  
la rue au Canada, 1999-2003

Canada